Eva-Maria Weinwurm

MUTTER-KIND-INTERAKTION BEI ASIATISCHEN KINDERN IN DEUTSCHEN ADOPTIVFAMILIEN

Begleitende Verhaltensbeobachtung
von Terre des Hommes Kindern
hinsichtlich des Deprivationssyndroms

1976

1977

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0002

Psychologie

MUTTER - KIND - INTERAKTION BEI ASIATISCHEN KINDERN IN DEUTSCHEN ADOPTIVFAMILIEN

Begleitende Verhaltensbeobachtung
von Terre des Hommes Kindern
hinsichtlich des Deprivationssyndroms

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
Münster (Westf.)

vorgelegt von

Eva-Maria Weinwurm
aus Frankfurt am Main

1976

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

D 6

Tag der mündlichen Prüfung: 10. 12. 1976
Dekan: Prof. Dr. Ludwig Budde
Referent: Prof. Dr. Michael Stadler
Korreferent: Prof. Dr. Hans-Jürgen Krysmanski

Meinen akademischen Lehrern, Herrn Professor Dr. Michael Stadler und Herrn Professor Dr. Hans-Jürgen Krysmanski, danke ich für die Anregungen, sowie Frau Dr. Renate Krysmanski, die durch ihre praxisbezogenen Anregungen mit zu der vorliegenden Arbeit beigetragen hat.

Weiterhin danke ich den Adoptiveltern, die durch ihre Mitarbeit und Bereitschaft, frei über ihre entstehenden Probleme zu reden, diese Arbeit erst ermöglicht haben.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	EINLEITUNG	1
2.	DER POLITISCHE HINTERGRUND DER HEIMATLÄNDER	4
3.	DER METHODISCHE ANSATZ DER ARBEIT: AKTIONSFORSCHUNG	6
4.	DAS VERLAUFSMODELL DER ARBEIT	11
5.	ERSTELLUNG EINES EXPLORATIONSFRAGEBOGENS	15
5.1.	Auswahl der Stichprobe	15
5.2.	Zusammensetzung des Fragebogens	16
5.3.	Auswertung des Fragebogens	17
5.4.	Darstellung der Befunde	18
5.4.1.	Darstellung der statistischen Daten	18
5.4.2.	Darstellung der qualitativen Daten	21
5.5.	Kritik an der Form des Fragebogens	28
6.	ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNG	29
7.	ZUR SITUATION DER HEIME	32
7.1.	Die Situation der deutschen Heime	33
7.2.	Die Situation der koreanischen Heime	35
7.2.1.	Der politische Hintergrund	35
7.2.2.	Der innere Aufbau der Heime	36
7.3.	Die Situation der vietnamesischen Heime	37
7.3.1.	Der politische Hintergrund	37
7.3.2.	Der innere Aufbau der Heime	39
8.	DAS PROBLEM DER ADOPTION	41
9.	DIE HOSPITALISMUSFORSCHUNG	48
9.1.	Geschichte der Hospitalismusforschung	48
9.1.1.	Zur Situation der Findelhäuser	51
9.2.	Der tiefenpsychologische Ansatz der Hospitalismusforschung	52

		Seite
9.3.	Aufzeichnungen der wichtigsten empirischen Befunde	54
9.3.1.	Ältere Untersuchungen	54
9.3.2.	Neuere Untersuchungen	61
9.3.3.	Begriffsbildung des Heimschadens	67
9.4.	Das Problem der Irreversibilität	68
9.4.1.	Aufzeigen der Irreversibilitätsforschung	68
9.4.2.	Kritik an der bisherigen Irreversibilitätsforschung	70
10.	EIGENER THEORETISCHER ANSATZ DER ARBEIT	73
10.1.	Die marxistische Sozialisationstheorie	73
10.2.	Das kindliche Spiel	84
11.	ENTWICKLUNG EINES ERKLÄRUNGSMODELLS DES DEPRIVATIONSSYNDROMS	90
12.	ENTWICKLUNG EINES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG DES DEPRIVATIONSSYNDROMS	97
12.1.	Zusammensetzung des Fragebogens	97
12.2.	Auswahl der Stichprobe	98
12.3.	Auswertung des Fragebogens	99
12.4.	Darstellung der Befunde	100
12.4.1.	Darstellung der Verhaltensschwierigkeiten	101
12.4.2.	Aufenthaltsorte der Kinder in den Heimatländern	104
12.4.3.	Alter der Adoptivkinder	105
12.4.4.	Familiengröße und -zusammensetzung	106
12.4.5.	Altersunterschied der Adoptivkinder zu den Geschwistern	106
12.4.6.	Geschlecht der Adoptivkinder in Beziehung zu den Geschwistern	107
12.4.7.	Sozioökonomische Daten	107
12.4.7.1.	Berufe der Eltern	107
12.4.7.2.	Altersverteilung der Adoptiv-Eltern	108
13.	AUSWAHL EINES VERHALTENSVERÄNDERUNGSMODELLS	109
13.1.	Die Diagnostik in der Verhaltenstherapie	110
13.1.1.	Die Bedingungsanalyse	112

		Seite
13.1.1.1.	Die Symptomtypen	112
13.1.1.2.	Die Änderungsrichtung	113
13.1.1.3.	Das funktionale Bedingungsmodell	113
13.1.1.3.1.	Operantes und respondentes Verhalten	113
13.1.1.3.2.	Annäherungs- und Vermeidungsverhalten	114
13.1.1.3.3.	Genese des Verhaltens	114
13.1.1.3.4.	Organismusvariable	115
13.1.1.3.5.	Die zu modifizierenden Variablen	116
13.1.1.3.6.	Veränderungsstrategien	117
13.1.1.3.7.	Zusammenhänge der Symptome	117
13.1.2.	Die Zielanalyse	119
13.1.3.	Die Therapieplanung	120
13.2.	Die lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie	121
13.2.1.	Das klassische Konditionieren	122
13.2.1.1.	Aneignungstechnik	122
13.2.1.2.	Beseitigungstechniken	123
13.2.1.2.1.	Löschung	123
13.2.1.2.2.	Gegenkonditionierung	124
13.2.2.	Das instrumentelle Konditionieren	126
13.2.2.1.	Aneignungstechniken	127
13.2.2.1.1.	Positive Verstärkung	128
13.2.2.1.2.	Negative Verstärkung	129
13.2.2.1.3.	Shaping (Verhaltensformung)	129
13.2.2.1.4.	Chaining (Verhaltensverkettung)	130
13.2.2.2.	Beseitigungstechniken	131
13.2.2.2.1.	Löschung	131
13.2.2.2.2.	Bestrafung	132
13.2.2.2.3.	Aversionstechnik	133
13.2.3.	Das Modell-Lernen	135
14.	DAS REGELMODELL ZUR ANALYSE UND INTERVENTION IN DER FAMILIE	138
14.1.	Darstellung des Modells	138
14.1.1.	Die kognitiven Strukturen und Verhaltensregeln	141

		Seite
14.1.2.	Die motivierenden Ereignisse des Verhaltens	142
14.1.3.	Die Konsequenzen für das Verhalten	143
15.	EXPERIMENTELLES VORGEHEN	146
15.1.	Erste Hauptuntersuchungsphase	146
15.1.1.	Zusammenstellung des Interviews	146
15.1.1.1.	Auswertung des Interviews	148
15.1.2.	Videoaufnahmen	149
15.1.2.1.	Auswertung der Videoaufnahmen	149
15.1.3.	Verhaltensprotokolle	150
15.1.3.1.	Auswertung der Verhaltensprotokolle	150
15.2.	Zweite Hauptuntersuchungsphase	151
15.2.1.	Rückmeldung und Verhaltensveränderungsvorschläge	151
15.3.	Dritte Hauptuntersuchungsphase	155
15.3.1.	Kontrolle der durchgeführten Verhaltensveränderungsvorschläge	155
15.4.	Übersicht über das experimentelle Vorgehen	156
16.	EINZELFALLDARSTELLUNGEN	157
16.1.	Allgemeines Vorgehen	157
16.2.	Die Nicht-Verhaltensveränderungsfälle	158
16.2.1.	Fall 1	158
16.2.2.	Fall 2	162
16.2.3.	Fall 3	167
16.2.4.	Fall 4	171
16.2.5.	Fall 5	172
16.2.6.	Fall 6	177
16.2.7.	Fall 7	180
16.2.8.	Fall 8	185
16.2.9.	Fall 9	189
16.2.10.	Fall 10	196
16.2.11.	Fall 11	200
16.2.12.	Fall 12	201
16.2.13.	Fall 13	205
16.2.14.	Diskussion der Befunde der Nicht-Veränderungsfälle	210

		Seite
16.3.	Die Verhaltensveränderungsfälle	219
16.3.1.	Darstellung der Befunde Fall 14	219
16.3.1.1.	Verhaltensveränderungsvorschläge	227
16.3.1.2.	Veränderungen des Verhaltens	229
16.3.2.	Darstellung der Befunde Fall 15	229
16.3.2.1.	Verhaltensveränderungsvorschläge	238
16.3.2.2.	Veränderungen des Verhaltens	241
16.3.3.	Darstellung der Befunde Fall 16	242
16.3.3.1.	Verhaltensveränderungsvorschläge	246
16.3.3.2.	Veränderungen des Verhaltens	249
16.3.4.	Darstellung der Befunde Fall 17	250
16.3.4.1.	Verhaltensveränderungsvorschläge	259
16.3.4.2.	Veränderungen des Verhaltens	261
16.3.5.	Darstellung der Befunde Fall 18	262
16.3.5.1.	Verhaltensveränderungsvorschläge	269
16.3.5.2.	Veränderungen des Verhaltens	272
16.3.6.	Darstellung der Befunde Fall 19	274
16.3.6.1.	Verhaltensveränderungsvorschläge	281
16.3.6.2.	Veränderungen des Verhaltens	285
16.3.7.	Darstellung der Befunde Fall 20	287
16.3.7.1.	Verhaltensveränderungsvorschläge	293
16.3.7.2.	Veränderungen des Verhaltens	296
16.3.8.	Diskussion der Befunde der Veränderungsfälle	298
17.	DISKUSSION DER VORLIEGENDEN BEFUNDE	304
18.	BEANTWORTUNG DER UNTERSUCHUNGSFRAGEN	311
18.1.	Verhaltensweisen in der ersten Eingliederungsphase	312
18.2.	Verhaltensweisen in der zweiten Eingliederungsphase	313
18.2.1.	Adäquate Verhaltensweisen der Mütter (Eltern)	313
18.2.2.	Unadäquate Verhaltensweisen der Mütter (Eltern)	318
18.3.	Verhaltensweisen der dritten Eingliederungsphase	320
18.3.1.	Adäquate Verhaltensweisen der Mütter	320
18.3.2.	Unadäquate Verhaltensweisen der Mütter	321

		Seite
18.4.	Theoretische und praktische Möglichkeiten der Verhaltensveränderungen	327
18.5.	Beantwortung der Irreversibilitäts-problematik	327
19.	ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT	335
20.	LITERATURVERZEICHNIS	340
	ANHANG	

1. EINLEITUNG

In den letzten Jahren wurden über die Organisation Terre des Hommes ungefähr 700 Kinder aus der dritten Welt in deutsche Adoptivfamilien vermittelt. Dabei stammten 400 Kinder aus Südkorea, 200 Kinder aus Vietnam und 100 Kinder aus Lateinamerika. Durch Eigeninitiativgruppen in Berlin wurde das Bedürfnis der Eltern, die entstehenden Probleme bei der Eingliederung der Kinder in die Adoptivfamilien gemeinsam und systematisch anzugehen, deutlich. Ein weiteres Interesse lag bei der Organisation Terre des Hommes, die die vorliegende Untersuchung mit initiiert hatte, daß eine systematische Untersuchung sowohl Eingliederungshilfen für die Eltern entwickeln als auch feststellen sollte, inwieweit eine Eingliederung ausländischer Kinder in deutsche Adoptivfamilien möglich ist. Das Interesse des Auftraggebers wurde mit durch die entflammende Diskussion in der Öffentlichkeit bestimmt. Die Organisation sah sich starken Anwürfen ausgesetzt, die selbst die Politiker zu Stellungnahmen veranlaßten (siehe auch W. BRANDTs Stellungnahme und die Diskussion innerhalb der Regierungsparteien im April 1975). Dabei bezog sich die Kritik primär auf das Argument, daß die Kinder aus ihrem Kulturkreis herausgerissen würden und daher eine vollständige Eingliederung wegen der unterschiedlichen kulturellen Hintergründe unmöglich erschiene. Es scheint, daß hier humanitäre Scheinargumente in den Vordergrund gerückt wurden, um wahre politische Interessen nicht in die Diskussion einfließen zu lassen (siehe die Ausgliederungstendenzen ausländischer Arbeitnehmer aufgrund der Vorurteile, die Sorge der Fremdübervölkerung bis zu radikalen Ideen GRZIMEKs, der allgemein zu dem Problem medizinisch und sozial unversorgter Kinder dahingehend Stellung nahm, daß die Versorgung dieser

Menschen zu einer weiteren Überbevölkerung führe und das biologische Gleichgewicht nicht erhalten würde). Diese Verdeckung der politischen Hintergründe können auch daran belegt werden, daß alle vermittelten Kinder Voll- oder Sozialwaisen sind. Geht man davon aus, daß diese Kinder nur ungenügend versorgt werden und sich kulturelle Eigenarten nur über Sozialisierungsprozesse vermitteln lassen, so scheint die Aufgabe eines Minimums an kultureller Erfahrung im Vergleich zu einem ausgeprägten Sozialisierungsprozeß nicht schwerwiegend zu sein. Daß die Versorgungssituation der Kinder ausgesprochen ungenügend ist, läßt sich an folgendem Bericht aufzeigen: "Die Zahl der Waisen dürfte mittlerweile etwa 500.000 ausmachen. Nur 20.000 davon sind in Heimen untergebracht, ein großer Teil lebt bei den Verwandten. Man schätzt, daß dennoch 100.000 auf den Straßen sich selbst überlassen sind, wo sie um die nackte Existenz kämpfen oder betteln müssen" (Le Monde, am 7. April 1975).

Das Interesse des Forschers ergab sich aus der neu entflammten Diskussion über die Änderung des Adoptionsgesetzes in der BRD als auch aus der Diskussion über das Tagesmüttermodell und der damit verbundenen Umstellung der Kinder auf neue Bezugspersonen. Speziell die Neuregelung des Adoptionsgesetzes rückte auch das Problem der Heimschädigung wieder mehr in den Vordergrund, was auf dem Forschungsgebiet in der BRD dermaßen in Vergessenheit geraten war, als ob es dieses Problem nicht mehr gäbe. Zum anderen interessierte es den Untersucher, wieweit es möglich ist, Mitglieder anderer Völker in die hiesige Kultur einzugliedern. Dieses Interesse war kein rein theoretisches, sondern basierte mit auf dem Interesse, Möglichkeiten herauszukristallisieren, diese Eingliederungsschwierigkeiten auf der Handlungsebene mit zu lösen. Dieser Schwerpunkt

ergibt sich auch notwendig aus dem methodischen Ansatzpunkt der Aktionsforschung (siehe unter 3.). Weiterhin sollte es Ziel der Arbeit sein, zum einen für die angesprochene Gruppe Hilfestellungen zu erarbeiten, als auch für andere Gruppen, die das Kriterium "ausländisch sein" nicht erfüllen, Möglichkeiten zur Eingliederungserleichterung in Adoptivfamilien zu ermöglichen (siehe auch Terre des Hommes Elternmappe, Psychologie 5A). Einen weiteren Vorteil schien die Zusammenarbeit mit anderen an einem gemeinsamen Themenbereich zu sein. So beschäftigte sich Frau Eva ELLINGHAUS mit den Einstellungen der Eltern hinsichtlich der Adoption und des jeweiligen Heimatlandes, Herr Rainer SECHELMANN mit den Einstellungen der Nachbarn zu dem Adoptivkind und Frau Gisela PLATE mit der Eingliederung der Kinder in den Kindergarten.

Im weiteren Verlauf ist es für die Untersuchung unabdingbar notwendig, zum einen den politischen Hintergrund, der erst zu den Adoptionen geführt hat, kurz anzureißen als auch zum anderen den methodischen Ansatzpunkt dieser Arbeit abzuklären. Diese beiden Analysen sollen der Arbeit aus dem Grunde vorangestellt werden, da sie es erst ermöglichen, sowohl die Adoptionen als auch die Arbeit in ihren gesellschaftlichen Bezugsrahmen zu stellen.

Diese Analysen sind für die vorliegende Arbeit von besonderer Wichtigkeit, da der Untersucher aktiv handelnd und verändernd in die Kleingruppe Familie eingreift.

2. DER POLITISCHE HINTERGRUND DER HEIMATLÄNDER

Hier soll kein geschichtlicher Aufriß in der üblichen Art der vietnamesischen und koreanischen Geschichte geleistet werden, da die Aneinanderreihung der einzelnen Geschichtsdaten keinen Einblick in die politischen Abhängigkeitsstrukturen, die zu einer Eskalation des Zerfalls der Sozialbeziehungen und der damit entstehenden Situation, daß die landeseigene Bevölkerung nicht mehr in der Lage war, ihre Kinder sowohl medizinisch als auch sozial zu versorgen, ermöglicht.

Der politische Prozeß in Korea und Vietnam lief während der amerikanischen Besatzungszeit in beiden Ländern relativ parallel. Diese Zeit ist primär von drei Faktoren bestimmt, die hier herauskristallisiert werden sollen. Dabei ist ein sehr wesentlicher Faktor, daß durch die amerikanischen Investitionen in Wirtschaft und Rüstung in den Stationsländern sich die eigene Binnenwirtschaft nicht entwickeln konnte und sogar die bestehende Binnenwirtschaft durch Importe und Absatzbestimmungen einer rückläufigen Tendenz bis zur Auflösung unterlag. Als symptomatisches Beispiel läßt sich hier der Zerfall der vietnamesischen Weberei anführen. Gleichzeitig bewirken natürlich die hohen Außengelder, die durch die Stationierungssoldaten einfließen, eine starke inflationäre Tendenz, die gleichzeitig durch den Zerfall der Binnenwirtschaft mitbedingt ist. Bedingt durch den Zerfall der Binnenwirtschaft und das Einfließen der Außengelder wird ein hohes Potential an Arbeitern freigesetzt, wobei gleichzeitig durch die einseitige Kapitalverteilung, die nicht in Produktionsmitteln angelegt werden, eine Arbeitsmarktverschiebung auftritt, und zwar dahingehend, daß primär nur mehr in Dienstleistungsberufen Arbeitsmöglichkeiten bestehen.

Neben der wirtschaftlichen Auflösung durch die amerikanische Besatzung tritt auch eine Infiltration durch die industrialisierte Sozialstruktur, die diese Soldaten verkörpern, auf, die zu einem Kulturzusammenstoß zwischen den traditionsreichen Familienverbänden und den aus den Kleinfamilien herausgerissenen Soldaten führt.

Während dieser Prozesse findet gleichzeitig eine steigende Militarisierung und eine sich damit ausbreitende Kriegsführung statt, die bewirkt, daß die Familienverbände gezwungen werden, sich aufzulösen (Gebietsvertreibungen, Bombardierung der Felder, Tod der Versorgungspersonen) und durch die fehlende Sozialversorgung und der gleichzeitigen finanziellen Überbelastung durch die steigende Inflation sowie des Kulturzusammenstoßes sie auch noch zusätzlich unterminiert werden. Gleichzeitig wird jedoch keine Möglichkeit geboten, die zerrissenen Familienverbände in andere sozial versorgte Gruppierungen umzuwandeln.

Die hier aufgeführten Faktoren führen zu einer sehr hohen Prostitutionsquote, die gleichzeitig durch die politischen Hintergründe zu einer Diskriminierung der Prostituierten-Kinder - speziell der Mischlingskinder - führt. Die Auflösung der Familienverbände durch die Kriegseinflüsse oder das Unvermögen der Familien unter den herrschenden wirtschaftlichen Verhältnissen die Kinder zu versorgen, führte zu einer großen Anzahl sowohl medizinisch als auch sozial unversorgter Kinder. (Vgl. CHOMSKY, 1972; SPRIGATH & STEINHAUS, 1971; HORLEMANN & GÄNG, 1973; GÄNG & REICHE, 1969; CHESNEAUX, 1968).

3. DER METHODISCHE ANSATZ DER ARBEIT: AKTIONSFORSCHUNG

Es soll kurz dargestellt werden, von welchem methodischen Ansatz die Arbeit ausgeht.
Bei der Fragestellung nach den Eingliederungsmöglichkeiten ausländischer Adoptivkinder in deutsche Familien ergaben sich folgende Problembereiche und Fragestellungen:

- Entwicklungs- und sozialpsychologische Fragestellungen
- Probleme der sozialen Eingliederung der Adoptivkinder
- soziologische Fragestellungen
- pädagogische Fragestellungen
- vergleichende Untersuchungen mit anderen ethnischen Minderheiten.

Diese einzelnen Problemkomplexe sollen hier nicht expliziert werden. Es kann an dieser Stelle nur auf den Abdruck der Zielprojektion des Projekts "Terre-des-Hommes-Kinder" in der Terre des Hommes Adoptivelternmappe (Psychologie 5A, 10/73) verwiesen werden.

Für die weitere Untersuchung stellt sich bei der vorliegenden Problematik die Frage, welche Möglichkeit besteht, nicht an der Adoptivelterngruppe vorbei Daten zu erheben, sondern gezielte Probleme, die für die Adoptiveltern von Relevanz sind, herauszukristallisieren und die Adoptiveltern im weiteren Verlauf der Untersuchung aktiv zu beteiligen. Unter diesen Bedingungen mußten die etablierten Forschungsmethoden der Sozialforschung als Ansatz ausfallen, da sie zum einen

davon ausgehen, daß sich menschliches Verhalten unzureichend durch Aussagen einzelner Individuen erheben läßt, der Forscher eine möglichst neutrale Rolle gegenüber den Individuen übernehmen sollte, als auch die Individuen nicht an der Auswertung und Verwertung der Daten zu beteiligen seien.

Die oben genannten und gewünschten Kriterien für diese Untersuchung sind in der Aktionsforschung Hauptfaktoren und damit ist die Aktionsforschung auch eine mögliche Alternative zu den etablierten Sozialforschungen, da die Aktionsforschung zum einen innerhalb der gesellschaftlichen Realität forscht und zum anderen durch soziales Handeln diese wiederum verändert, was annand der weiteren Postulate der Aktionsforschung deutlich zu machen ist. Folgende Kriterien sollen innerhalb der Aktionsforschung erfüllt werden:

1. Die zu untersuchenden Probleme sollen aus realen gesellschaftlichen Problemen ermittelt werden und nur mit Zustimmung der Betroffenen soll die Untersuchung vollzogen werden.

2. Innerhalb der Untersuchung soll die Sozialrelation zwischen dem Forscher und den Untersuchten auf der Subjekt-Subjekt-Ebene verlaufen, auch wenn dieses Beziehungsverhältnis erkenntnistheoretisch auf der Subjekt-Objekt-Ebene verläuft (vgl. BROMME et al., 1973). Durch die Sozialrelation ist ein gemeinsamer bewußter Veränderungsprozeß möglich und auch notwendig.

3. Der Forscher soll sich aktiv am Prozeß beteiligen, wodurch die soziale Distanz verringert wird und eine symmetrische Kommunikation ermöglicht wird,

die sich durch die Informationen des Forschers und die damit verbundene Transparenz ergibt.

4. Die ermittelten Daten, die erhoben werden, sollen nicht isoliert betrachtet werden, sondern als Momente in einem Prozeß (dies ergibt sich schon fast zwangsläufig aus der Forderung 1).

5. Die Hypothesen, die sich aus dem erforschten Problembereich ergeben, werden als Handlungsanweisungen wieder in den Forschungsprozeß eingegeben und bewirken somit Veränderungen.

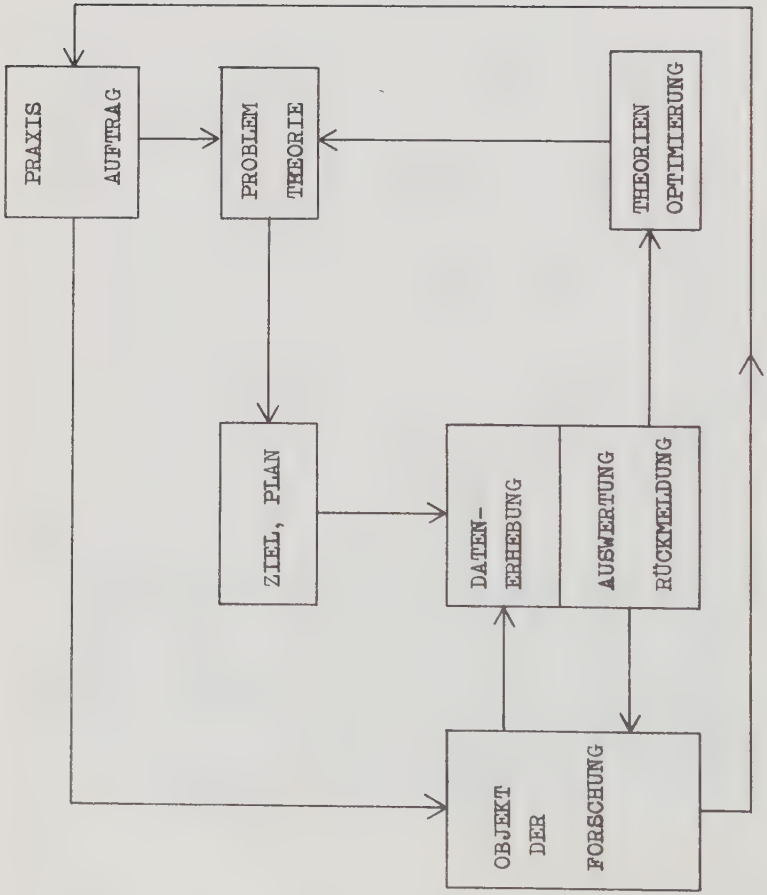
Insgesamt ist die Aktionsforschung theoriegeleitet, jedoch impliziert sie nicht nur theoretische Aussagen zu überprüfen, sondern praktisch verändernd in die gesellschaftlichen Zusammenhänge einzugreifen. Damit ist ein hoher Vermittlungseffekt vom Forscher zum Befragten gefordert und das Forschungsvorgehen wird zu einer sozialen Handlungsforschung. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist dabei, daß die untersuchten Gruppen gesellschaftliche Gruppen sind, die auch unabhängig von der Untersuchung in der Realität bestehen, wobei gleichzeitig beachtet werden muß, in welchem größeren Zusammenhang die untersuchte Gruppe mit anderen gesellschaftlichen Gruppen steht (vgl. LEWIN, 1963, 201).

Der wesentlichste Gesichtspunkt der Aktionsforschung ist die Beteiligung der untersuchten Gruppenmitglieder an der Auswertung der Forschungsergebnisse; dabei gehen die Informationen und besonders die Ergebnisse der wissenschaftlichen Erhebung direkt in den Entscheidungsprozeß ein, wodurch zum einen das praktische Handeln im Feld bestimmt wird und zum anderen die Strukturierung der Forschungspraxis (vgl. PIEPER, 1973).

Der Fachbereich Sozialpädagogik Berlin faßt die drei Hauptkriterien der Aktionsforschung folgendermaßen kurz und prägnant zusammen: "Die Forscher treten erstens nicht punktuell in eine Situation ein, um Meinungen zu erfragen, sondern sie nehmen über einen längeren Zeitraum begleitend an einem sozialen Prozeß teil und helfen, ihn voranzutreiben; sie arbeiten zweitens nicht mit sozial isolierten Individuen, sondern mit Gruppen in deren gesellschaftlichen Bezügen, und sie informieren drittens diese Gruppen nicht nur über Ziel und Zweck der Untersuchungen, sondern beteiligen sie auswertend an der Einschätzung der Forschungsergebnisse." (Fachbereich Sozialpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Berlin, 1972, 65ff.). Dabei ist in einem Aktionsforschungsprozeß menschliches Verhalten vor allem als sinnhaftes Handeln, d.h. als Kommunikation interessant, d.h. die Aktionsforschung wird zu einem Erkenntnisprozeß in einem Herstellungsprozeß (vgl. HAAG, 1972, 43). Die Forschung leistet also eine Strukturierung im Kommunikationsprozeß über Arbeits- und Lernprozesse und ist in diese eingelagert.

Bei der Verwirklichung der Aktionsforschung innerhalb eines Forschungsprojektes lassen sich drei Phasen der Strukturierung des Erkenntnisprozesses erkennen. Die erste Phase - Initiativphase - dient der Entdeckung des Projekts, der sich die Explorationsphase anschließt. Diese ist die schwierigste und zeitlich am ausgedehntenste Phase und im Vergleich zum herkömmlichen wissenschaftlichen Arbeiten am wenigsten systematischste Phase, in der die Strukturen vorläufig definiert werden. In der Optimierungsphase werden diese Strukturen sukzessive in der Forschungspraxis des Projektfeldes verändert.

Abbildung 1: Schema der Handlungsabläufe im Forschungsprozeß nach KLEIBER, 1974, adoptiert durch STADLER, 1974 (Vorlesung)



4. DAS VERLAUFSMODELL DER ARBEIT

Hier soll kurz dargelegt werden, welche einzelnen Arbeitsschritte vorgenommen wurden und welche Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis während der Untersuchung bestanden haben. Dies scheint bei der vorliegenden Arbeit besonders wesentlich, da im Rahmen einer pilot-study die erhöhte Gefahr besteht, den Praxisbezug überzubewerten und hier im Gegensatz zu Laborexperimenten, die sich der Gefahr der reinen Theoriebezogenheit aussetzen, diese zu sehr zu vernachlässigen.

Wie bei jeder pilot-study ergibt sich das Problem auch hier aus einer sozialen Fragestellung, die in der bisherigen Forschung noch nicht angerissen worden ist und daher erst einmal auf einem breiten Gebiet angegangen werden muß, um im weiteren Forschungsverlauf zu immer spezielleren Fragestellungen zu führen und somit auch zu einer statistisch immer mehr gesicherten Aussage.

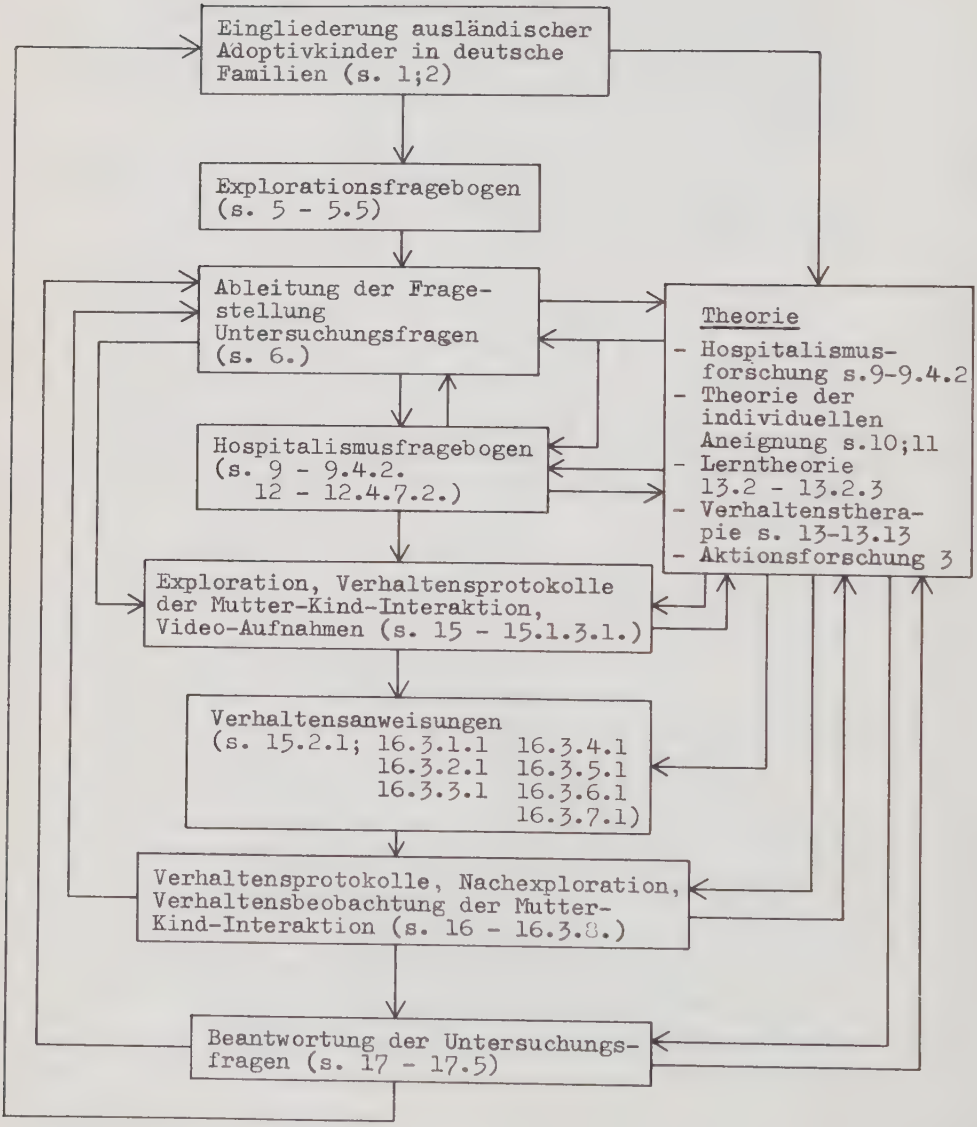
Es ergibt sich erst einmal bei der diffusen Problematik, wie sich ausländische Adoptivkinder in deutsche Familien eingliedern lassen, die Frage, anhand welchen Mitteln ein breites Spektrum an Problemkreisen angesprochen werden kann. Dies war von besonderer Relevanz, da es die Zielsetzung war, eine spezielle Fragestellung herauszukristallisieren, die im speziellen Interesse der zu untersuchenden Gruppe lag, um nicht an dieser "vorbei zu forschen". Daher wurde erst einmal ein Fragebogen erstellt, der versuchen sollte, möglichst die gesamte Bandbreite der Probleme abzutasten. Anhand dieses Fragebogens wurde dann eine spezifische Fragestellung, die sich auf die Aufhebung bzw. Minderung des Deprivationssyndroms in der Familie bezog, abgeleitet.

Für die weitere Untersuchung war es notwendig, eine Gruppe auszulesen, in der das Deprivationssyndrom stark vertreten war, um von dahergehend für die jetzigen Adoptivelterngruppe notwendige Veränderungen innerhalb der Familien einführen zu können als auch für zukünftige Adoptiveltern möglichst differenzierte Anweisungen geben zu können, die wiederum eine möglichst große Bandbreite des Symptoms beinhalten sollten. Die Voraussetzung für diese weitere Auswahl war ein intensives Literaturstudium anhand dessen ein weiterer Fragebogen erstellt wurde und dessen Ergebnisse wiederum an der Theorie überprüft wurden, um Hinweise für Mängel des Fragebogens oder der bisherigen wissenschaftlichen Erarbeitung zu erhalten. Der Hospitalismus-Fragebogen diente für die weitere Untersuchung zur Auslese der für die Hauptuntersuchung vorgesehenen Gruppe, wobei das Kriterium - die meisten Symptombenennungen pro Proband - genommen wurde. Da dieser Hospitalismus-Fragebogen nur einen Oberflächen-Informationsgehalt hat, wurden im weiteren Untersuchungsverlauf die ausgelesenen Familien besucht und speziell mit den Müttern - unter der Annahme, daß sie in den Kleinfamilien in den Industrie-Ländern die Hauptbezugsperson für die Kinder sind - ein Interview gemacht. Diese Interviews dienten zum einen dazu, die anfänglichen und noch vorhandenen Schwierigkeiten, die die Kinder hatten, zu explorieren, als auch die verhaltensmäßigen Reaktionsschematas der Mütter (Eltern) auf die Schwierigkeiten der Kinder herauszukristallisieren. Die Explorationen wurden primär aufgrund lerntheoretischer Gesichtspunkte ausgewertet und anhand dieser Veränderungsvorschläge zur Behebung noch bestehender Schwierigkeiten abgeleitet. Die Mütter erhielten aufgrund dieser Ableitungen sowohl eine theoretische als auch eine praktische Verhaltens-

veränderungsanweisung von seiten des Untersuchers. Eine Erfolgskontrolle wurde durch Verhaltensprotokollschreibungen, die die Mütter ausführen sollten, vollzogen. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde zum einen versucht, die Fragestellungen zu beantworten, als auch zum anderen die bisherigen theoretischen Überlegungen zu dem Problem des Deprivationssyndroms zu überprüfen.

Der funktionale Ablauf der Arbeit läßt sich im folgenden Schema darstellen:

Abbildung 2: Verlaufsschema der Arbeit



5. ERSTELLUNG EINES EXPLORATIONSFRAGEBOGENS

Die erste Voruntersuchung sollte die Funktion haben, sich einen globalen Überblick über die Situation der Eltern und Kinder zu verschaffen, und zwar sowohl hinsichtlich des sozialen Kontextes der Kinder vor, als auch nach der Adoption, sowie des Verhältnisses zwischen Adoptiveltern und Kinder, bezogen auf ihren sozialen Kontext.

5.1. Auswahl der Stichprobe

Die Elternliste, die zum Zeitpunkt der Erhebung am 1.10.1973 verwandt wurde, wurde von der Organisation Terre des Hommes zur Verfügung gestellt. Es handelte sich dabei nur um Eltern, die ihre Adoptivkinder über diese Organisation vermittelt bekamen und diese wurde der ersten großen Elternmappe von Terre des Hommes entnommen (Terre des Hommes Sammelmappe Adoptiveltern Osnabrück 1973).

Aus folgenden Ländern wurden Kinder über Terre des Hommes vermittelt:

Vietnam
Korea
Bolivien
Kolumbien

Da die Kinder aus relativ unterschiedlichen Kulturkreisen kommen und als deren Kulturträger in die deutschen Adoptivfamilien aufgenommen werden, schien es notwendig, sich aus folgenden Gründen auf die Länder Korea und Vietnam zu beschränken.

1. Beide Länder gehören dem asiatischen Kulturkreis an.

2. 93 % der Kinder, die bis zu diesem Zeitpunkt adoptiert worden waren, stammten aus diesen beiden Ländern und schienen somit für eine Repräsentanz gut geeignet zu sein.

Von den zur Verfügung stehenden Eltern wurden weiterhin diejenigen nicht mit in die Voruntersuchung aufgenommen, bei denen das Ankunftsdatum der Adoptivkinder nicht feststand. Anhand dieser Einschränkungen wurde der Fragebogen an 182 Eltern verschickt.

5.2. Zusammensetzung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde als schriftliche Exploration konzipiert, da somit Kriterien wie Reliabilität und Validität mehr in den Hintergrund treten konnten. Außerdem sollte den Eltern dadurch die Möglichkeit gegeben werden, die Probleme und Schwierigkeiten bei der Aufnahme und Eingliederung der Kinder in die Familie nach ihren eigenen Wert- und Bezugssystemen darstellen zu können und somit für die Untersuchung eine weiter gefaßte Bandbreite der entstehenden Probleme erfassen zu können. Weiterhin sollte dadurch eine Schwerpunktfindung für die weitere Untersuchung eher ermöglicht werden.

Folgende Problemkreise wurden im Explorationsfragebogen erfaßt:

-- sozioökonomische Faktoren

-- die Motivation der Eltern hinsichtlich der Adoption

-- Informationen über die Vorgeschichte der Kinder

-- Reaktionen und Schwierigkeiten innerhalb der Familie auf die Adoption

-- Besondere Schwierigkeiten und Verhaltensweisen der Adoptivkinder

-- Das Spielverhalten der Adoptivkinder

-- Reaktionen der Umwelt auf die Adoption und das Adoptivkind

-- Eingliederung der Adoptivkinder im Kindergarten

-- Eingliederung der Adoptivkinder in der Schule

-- Einstellungen und Erwartungen der Eltern hinsichtlich der Untersuchung

[Fragebogen siehe Anhang A1].

5.3. Auswertung des Fragebogens

Von den 182 versandten Fragebogen fielen 16 aus der Grundgesamtheit heraus, da ein Kind verstorben war, 11 Eltern verzogen waren und sich 5 Eltern weigerten, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Grundgesamtheit schrumpfte somit auf 165 Eltern zusammen. Bis zum Stichtag am 1.12.1973 lagen 71 (43 %) Fragebogen zur Auswertung vor, jedoch betrug die Rücklaufquote über diesen Zeitraum hinaus 75 % (124 Fragebogen). Beide Werte zeigen im Gegensatz zu sonst üblichen Fragebogen Rücklaufquoten, eine hohe Beteiligung der Eltern an der Untersuchung, die wohl auf das eigene Interesse der Eltern an dieser Untersuchung zurückzuführen ist.

Da der Fragebogen nur die Funktion erfüllen sollte, eine spezifische Fragestellung abzuleiten, werden hier nur einige statistische Tendenzen angegeben. Die genauere Auflistung aller Daten ist im Anhang zu finden (siehe A2).

Weiterhin wird im folgenden auch nur primär und expliziter auf die Daten eingegangen, die für die weiteren Fragestellungen von Bedeutung sind,und die anderen Themenbereiche werden kürzer abgehandelt, da sie innerhalb des Projektes von anderen Projektteilnehmern genauer behandelt worden sind oder noch behandelt werden. So hat sich Frau Eva ELLINGHAUS aufgrund dieser Voruntersuchung speziell mit dem Thema, welche Einstellungen die Eltern zu der Adoption und dem jeweiligen Heimatland haben, und wie sich dies wiederum auf das Verhalten gegenüber den Kindern darstellt, befaßt. Herr Reiner SECHELMANN leitete aus der Voruntersuchung eine Fragestellung zur näheren Erfassung der Einstellungen der Umwelt gegenüber ausländischen Adoptiveltern und deren Kindern ab und Frau Gisela PLATE befaßt sich in ihrer Arbeit mit der Eingliederung der Adoptivkinder in den Kindergarten, so daß nur mehr das Thema der schulischen Eingliederung im Augenblick unbearbeitet ist, was wiederum an der bisher geringen Zahl von schulpflichtigen Kindern liegt.

5.4. Darstellung der Befunde

5.4.1. Darstellung der statistischen Daten: am 30.11.1973

Zum Zeitpunkt der Auswertung des Fragebogens lagen 71 Fragebogen vor, von denen 45 % von Adoptiveltern mit koreanischen Adoptivkindern beantwortet wurden und 55 % von Adoptiveltern mit vietnamesischen Adoptivkindern. Die Rücklaufquote belief sich späterhin jedoch auf 75 %, jedoch konnten diese zurückgesandten Fragebogen nicht mehr für die Voruntersuchung verwandt werden, da sie zu späteren Zeitpunkten eintrafen.

Die Auswertung des Fragebogens war deskriptiv-statistisch. Als Vereinfachung der weiteren Auswertung werden die vietnamesischen Kinder mit V und die koreanischen Kinder mit K bezeichnet.

Bei der Ankunft waren 31 % der Kinder aus Korea unter einem Jahr alt, wohingegen 36 % der vietnamesischen Kinder zwischen einem und zwei Jahren alt waren, als sie adoptiert wurden. Auffällig ist, daß bei den koreanischen Kindern 22 % über sechs Jahre alt waren, als sie adoptiert wurden, wohingegen es bei den vietnamesischen Kindern nur 5 % waren. Daraus ergibt sich auch, daß das Alter der koreanischen Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung nach oben verschoben ist. So sind 41 % der Kinder über sechs Jahre, wohingegen es bei den vietnamesischen Kindern nur 15 % sind. Bei den vietnamesischen Kindern waren 44 % zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen drei und fünf Jahren alt, wohingegen bei den koreanischen Kindern noch ein zusätzlicher Kumulationspunkt bei zwei bis drei Jahren (22 %) sich ergibt. Es läßt sich daraus schließen, daß die Altersverteilung bei den koreanischen Kindern zwei Kumulationspunkte aufweist, wohingegen bei den vietnamesischen Kindern stärker die mittlere Altersgruppe von drei bis fünf Jahren zum Zeitpunkt der Untersuchung vertreten war.

Die Berufsausbildung der Väter ist vorwiegend im akademischen Bereich zu verzeichnen (K = 50 %, V = 74 %), wobei auffällt, daß bei der Aufsplitterung der Berufe sehr viele Lehrer unter den Vätern vertreten sind. Auch die Mütter haben zum größten Prozentsatz eine abgeschlossene Hochschulausbildung (V = 36 %, K = 31 %). Erstaunlich ist, daß relativ viele Mütter keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (K = 22 %, V = 13 %).

Der Alterskummulationspunkt für die Eltern liegt bei 30 - 40 Jahren (Mütter K 69 %, Väter K 63 %; Mütter V 67 %, Väter V 59 %).
Die Eltern gehören hauptsächlich der evangelischen Religion an (V 37 %, K 41 %). Erstaunlich ist, daß relativ viele Eltern keiner Religionsgemeinschaft angehören (V 18 %, K 19 %).

Sowohl bei den Adoptiveltern vietnameischer als auch koreanischer Kinder liegt das Einkommen zwischen 2.000 - 3.000 DM (V 36 %, K 41 %). Bei beiden Elterngruppen ist jedoch auch ein relativ hoher Anteil von Eltern zu verzeichnen, die über 4.000 DM verdienen (K 25 %, V 18 %). Bei den Adoptiveltern, die ein koreanisches Kind adoptiert haben, liegt die Familiengröße bei vier Familienmitgliedern (44 %), wohingegen die Familiengröße der Adoptiveltern vietnamesischer Kinder sich relativ gleichmäßig auf die Familiengröße von drei bis sechs Familienmitgliedern verteilt (15 %, 21 %, 23 %, 21 %).

Schwerpunkte bei der Städtegröße sind bei den Adoptiveltern vietnamesischer Kinder bei über 100.000 und bei unter 5.000 Einwohnern zu verzeichnen (28 %, 26 %), wohingegen bei den Adoptiveltern koreanischer Kinder der Schwerpunkt bei über 10.000 Einwohnern liegt (40 %). Erstaunlich ist bei diesen Angaben, die ungewöhnlich hohe Anzahl der Adoptiveltern, die in ländlichen Gegenden wohnen.
Bei beiden Gruppen sind einige Familien zu nennen, die zwei Kinder über Terre des Hommes adoptiert haben (V 5 %, K 6 %).

5.4.2. Darstellung der qualitativen Daten

Bei der qualitativen Auswertung des Fragebogens werden auch Doppelnennungen mit berücksichtigt, da es sich primär um einen Explorationsfragebogen handelte und somit eine freie Beantwortung für die Eltern ermöglicht wurde. Somit ist es auch verständlich, daß die angegebenen Prozentsätze in vielen Fällen nicht zu genau 100 % aufsummiert werden können.

Die Motivation für die Adoption war bei den meisten Eltern der Wunsch, Kindern im Elend zu helfen (V 87 %, K 56 %). Gleichzeitig spielte jedoch auch für viele Eltern der Wunsch nach Kindern eine bedeutende Rolle (V 38 %, K 35 %), wobei zwei Bezugssysteme für diesen Schritt zu verzeichnen sind, und zwar zum einen die Eltern, denen es aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, Kinder zu zeugen und zum anderen diejenigen Eltern, die gerne Kinder möchten, es jedoch als nicht verantwortungsbewußt empfinden, leibliche Kinder zu zeugen, solange ein so hoher Prozentsatz an Kindern in der Welt unversorgt ist. Ein weiterer wesentlicher Punkt bei der Entscheidung zu einer Adoption scheint auch das politische Bewußtsein der Eltern zu sein, da sie sich mitverantwortlich für die Kinder aus diesen Ländern fühlen (V 10 %, K 28 %). Auch haben die Eltern das Empfinden, daß den Kindern durch die Adoption wenigstens eine Chance zum Leben gegeben wird (V 18 %, K 22 %).

Die Anforderungen, die an das Adoptivkind gestellt werden, beziehen sich im Alters- und Geschlechtswunsch primär auf die schon in der Familie lebenden Kinder (V 77 %, K 88 %). Ein wesentlicher Faktor für die Eltern ist es auch, daß die Adoptivkinder relativ jung

sein sollen, damit keine zu gravierenden Heimschäden vorhanden sind und die Integration der Kinder in die Familie reibungsloser verlaufen kann, womit auch gleichzeitig eine leichtere emotionale Beziehungsentwicklung der Eltern zum Kind gesehen wird (V 46 %, K 44 %).

Gewisse geschlechtsspezifische Rollenerwartungen spielen bei der Wahl des Geschlechts auch für gewisse Eltern eine Rolle, so zum Beispiel, daß sich Jungen besser durchsetzen könnten bzw., daß die Integration von Mädchen im späteren Alter leichter sei (V 10 %, K 9 %).

Die heimatlichen Erfahrungen scheinen sich in den emotionalen Reaktionen der Kinder - wenn sie auf diese angesprochen werden - bemerkbar zu machen, da der größte Teil der Kinder negativ auf das Heimatland reagiert (V 21 %, K 50 %). Hier kann allerdings in diesen Altersgruppen meistens nicht festgestellt werden, inwieweit diese negative Reaktion auf das Heimatland durch die Angst mitbestimmt ist, dorthin wieder zurückkehren zu müssen. Es sind jedoch auch bei den Kindern Reaktionen zu beobachten, die darauf hinweisen, daß sie eine positive Beziehung zu ihrer Heimat haben (V 17 %, K 6 %). Auch läßt sich die Einstellung zum Heimatland durch das Erziehungsvermögen der Eltern verändern, so daß eine ehemals negative Einstellung sich in eine positive umwandeln läßt (V 3 %, K 9 %). Es gibt allerdings auch sehr extreme Reaktionen der Kinder, und zwar glorifizieren einige Kinder das Heimatland (V 3 %), wohingegen andere wiederum Regressionserscheinungen haben, wenn sie in Gesprächen auf ihre Heimat angesprochen werden oder Asiaten sehen (V 5 %). Auch wenn es sich hier um Einzelfälle handelt, fällt doch auf, daß diese beiden Extrema nur von den vietnamesischen Adoptivkindern berichtet werden.

Um sich mit der Umwelt auseinandersetzen zu können, halten es die Eltern für das Beste, das Selbstbewußtsein und die Selbständigkeit der Kinder zu fördern (V 28 %, K 50 %). Sehr viele Eltern sehen die Voraussetzung dafür aber in der Familie, wo das Kind erfahren kann, daß es geliebt und angenommen wird und somit auch bei Schwierigkeiten sich des familiären Rückhalts bewußt ist (V 31 %, K 22 %).

An die vorliegende untersuchung knüpften die Eltern primär die Erwartung, daß dabei praktische Hilfen für sie erarbeitet werden (V 32 %, K 37 %). Auch wünschten sich die Eltern einen stärkeren Erfahrungsaustausch zwischen den Adoptiveltern, die sich sehr stark auf gefühlsmäßige Schwierigkeiten der Eltern in der Beziehung zu dem Adoptivkind beziehen (V 13 %), sowie auch erwartet wurde, daß diese Untersuchung zum Abbau der Vorurteile gegen ausländische Kinder in der Öffentlichkeit dienen sollte (V 36 %, K 19 %).

Im weiteren Zusammenhang interessierte, welche Vorerfahrungen die Kinder in den Heimatländern machten, was hier leider nur über die Unterbringungsart der Kinder erfaßt werden konnte und keine Möglichkeit bestand, nähere Angaben über die Art der Unterbringung zu machen. Dies führt zu globalen Rückschlüssen anhand der bisherigen Hospitalismusforschung, die eine positivere Entwicklung bei Vorhandensein einer bestimmten Bezugsperson annimmt, wohingegen eine negativere Entwicklung bei einem reinen Heimaufenthalt angenommen wird. Der größte Teil der Kinder hat nur einen Heimaufenthalt (V 41 %, K 19 %) oder mehrere Heimaufenthalte (V 38 %, K 34 %) erlebt. Einige Kinder hatten neben einem Heimaufenthalt auch noch einen Pflegefamilienaufenthalt (V 9 %, K 19 %).

Anhand der Zahlen wird erkenntlich, daß anscheinend das soziale Versorgungssystem in Korea schon weiter ausgebaut ist und mehrere Kinder schon vom Heim aus weiter in Pflegefamilien gegeben werden, um somit familienähnliche Zustände zu schaffen.

Erstaunlich bei der Durchsicht der Daten war, daß auch die Kinder aus Korea eine große Bandbreite an Krankheiten aufweisen und zudem noch unterernährt sind (K 38 %), auch wenn dieses Symptom bei vietnamesischen Kindern häufiger auftritt (V 67 %). Gleichzeitig treten bei vielen Kindern auch Mangelerscheinungen (V 21 %, K 28 %) und Hautkrankheiten auf (V 41 %, K 38 %). Auch sind häufig innere Krankheiten, zum Beispiel Leberschäden,bei den Kindern zu verzeichnen (V 49 %, K 44 %). Mit als Folge dieser Unterernährung oder Falschernährung sind diese Kinder oft unterentwickelt, wobei sich zwischen beiden Gruppen wohl die Kriegsauswirkungen bemerkbar machen (V 44 %, K 16 %). Behinderungen weisen 10 % der vietnamesischen Kinder auf, wohingegen bei den koreanischen Kindern eine höhere Behinderungsquote zu verzeichnen ist (16 %). Dagegen weisen die vietnameischen Kinder häufiger (10 %) Verwundungen auf als die koreanischen Kinder (6 %). Hin und wieder wird auch eine Lactoseüberempfindlichkeit erwähnt (V 5 %, K 3 %), sowie Rachitis (V 8 %, K 3 %). Als gesund wurden nur 10 % der vietnamesischen Kinder und 6 % der koreanischen Kinder bezeichnet.

Die Reaktion der Kinder bei der Ankunft war häufig apathisch, was sicherlich mit auf den langen Flug zurückzuführen ist (V 36 %, K 31 %), jedoch auch ein Anzeichen für die psychische Situation der Kinder sein könnte. Sehr viele Kinder begegneten den neuen Eltern gegenüber scheu und zurückhaltend, was bis zum mißtrauischen Verhalten ging (V 36 %, K 31 %). Viele

Kinder reagieren aber auch von Anfang an positiv und freudig auf die Eltern (V 26 %, K 13 %), wobei jedoch auch einige Kinder übertrieben zugewandt auf die Eltern wirken (V 8 %, K 28 %), indem sie sich an die Eltern klammern und mit Zärtlichkeiten überschütten. Einige Kinder reagierten allerdings auch sehr aggressiv auf die Umstellung (K 9 %) oder unruhig (V 5 %, K 6 %).

Die Aufnahme der Adoptivkinder in die Familie durch die Geschwister verlief primär positiv (V 62 %, K 69), wobei allerdings auch gleichzeitig zu verzeichnen ist, daß einige leibliche Kinder sehr eifersüchtig auf die Aufnahme der Adoptivkinder reagierten (V 13 %, K 6 %). Bei manchen Geschwistern läßt jedoch die anfängliche Begeisterung nach und sie treten in eine Rivalitätsbeziehung zu dem Adoptivkind (V 13 %, K 25 %). Wichtig scheint zu sein, daß einige Kinder so unter dem neuen Familienmitglied leiden, daß es zu Regressionserscheinungen kommt (V 5 %, K 3 %).

Ganz offensichtlich hatten die Eltern Schwierigkeiten, die Frage zu beantworten, welche Empfindungen die Ankunft und das "Dasein" der Kinder bei ihnen für Empfindungen auslösten. Hierbei scheint es mehr im Gedächtnis haften geblieben zu sein, wenn diese Empfindungen negativer Art waren, so daß nur diese auch primär aufgezählt wurden (V 13 %, K 6 %). Bei einigen Eltern ist auch die Sorge zu verzeichnen, daß das Kind sie nicht akzeptieren könnte (K 6 %).

Die Reaktion der Umwelt wird primär als negativ bewertet, da das Kind durch diese zu sehr in eine Sonderstellung versetzt würde (V 51 %, K 49 %). Dabei reagiert die Umwelt meist mit Neugierde (V 13 %, K 31 %).

Die Eingliederung in andere soziale Gruppen scheint in den meisten Fällen relativ problemlos zu verlaufen. So haben 83 % der Kinder aus Vietnam und 67 % der koreanischen Kinder, die in den Kindergarten gehen, keinerlei Schwierigkeiten, wobei jedoch einige Kinder anfänglich Schwierigkeiten hatten, sich mit der neuen sozialen Gruppe auseinanderzusetzen (V 8 %, K 25 %).

Die schulische Eingliederung verlief bei 100 % der vietnamesischen Kinder ohne Schwierigkeiten, wohingegen bei 77 % der koreanischen Kinder Probleme bei der Eingliederung in diesen neuen Verband genannt wurden. 11 % der Kinder hatten in der ersten Zeit Schwierigkeiten, sich in der Schule einzugewöhnen, kamen aber nach einiger Zeit gut zurecht. Bei einigen (K 11 %) verlief die Eingliederung von Anfang an problemlos.

Ein weiterer Gesichtspunkt war, zu erfassen, wie die Eingliederung der Kinder in die Familie verlief, wie der Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Untersuchung war und wie das Spielverhalten als Indikator der Entwicklung bei den Kindern ausgeprägt ist. Dabei verlief die Eingliederung bei 28 % der vietnamesischen Kinder und bei 22 % der koreanischen Kinder problemlos. Leider fehlen auch hier häufig Angaben. Der Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Untersuchung wurde von den Eltern bei 69 % der vietnamesischen Kinder und bei 47 % der koreanischen Kinder als altersgemäß bezeichnet. Bei 31 % der vietnamesischen und bei 43 % der koreanischen Kinder wurde der Entwicklungsstand als nicht altersgemäß bezeichnet. Das Spielverhalten wurde primär als altersentsprechend bezeichnet (V 59 %, K 62 %).

Besondere Aufmerksamkeit wurde den Schwierigkeiten im Verhalten der Kinder während der Eingliederungsphase gezollt. Diese Verhaltensauffälligkeiten sind in der folgenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle I: Auflistung der Besonderheiten im Verhalten bei vietnamesischen und koreanischen Kindern anhand des Explorationsfragebogens

Besonderheiten im Verhalten	vietnamesische Kinder		koreanische Kinder	
Schlafstörungen	19	49 %	12	38 %
distanzlos	5	13 %	7	22 %
aggressive Anfälle	6	15 %	9	28 %
sich zurückgesetzt fühlen			2	8 %
abschalten oder Regression	2	5 %		
bei Anforderungen starkes Liebes- und Zärtlichkeitsbedürfnis	19	49 %	19	59 %
ablehnen von Berührung	1	3 %	2	8 %
im Mittelpunkt stehen wollen	1	3 %	6	19 %
Trennungsangst	11	28 %	4	13 %
kann nicht spielen (allein oder kooperativ)	11	28 %	4	13 %
Apathie	1	3 %	3	9 %
kritiklos			1	3 %
geringe Frustrationstoleranz	5	13 %	8	25 %
Tics	1	3 %		
Selbststimulation	4	10 %	2	8 %
lärmempfindlich	7	18 %	3	9 %
möchte Baby sein	3	8 %	1	3 %
Freßgier	6	15 %	2	8 %
appetitlos			1	3 %
Bedürfnis nach Ordnung	1	3 %	1	3 %
Angst	2)			
Angst vorm Bett	1)			
Angst vor Tieren	1)	38 %	2	8 %
Angst vor Gewitter	1)			
Angst vor Flugzeugen	10)			
Angst vor Liebesentzug			1	3 %

Unruhe			2	8 %
Enuresis	2	5 %	2	8 %
hemmungslos	4	10 %		
sex. schamhaft	1	3 %	2	8 %
alles besitzen wollen	1	3 %	1	3 %
kann sich nicht durchsetzen			1	3 %
fremdeln	3	8 %	2	8 %
ermüdet rasch			2	8 %
Eltern auf die Probe stellen			1	3 %
kann nicht weinen			1	3 %
sex. triebhaft	1	3 %		

5.5. Kritik an der Form des Fragebogens

Schwierigkeiten entstanden für die Untersucher sowohl durch die teilweise zu allgemein gehaltene Fragestellung, die für die Eltern zu große Beantwortungsprobleme darstellte, als auch Informationen für die Untersucher nicht zur Verfügung standen, da sie eine geschlossene Fragestellung vorausgesetzt hätte. Es scheint, daß hier eine stärkere Verbindung zwischen geschlossener und offener Fragestellung mehr Information geliefert und somit die beabsichtigte Informationssammlung erleichtert hätte.

6. ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNG

Aus der obigen Darstellung des 1. Fragebogens läßt sich ermitteln, daß die Adoptivkinder in der Anfangsphase Verhaltensstörungen aufweisen. Diese bestehen häufig noch, wofür die Angabe des Entwicklungsrückstandes mit ein Indikator ist (V 31 %, K 43 %). Eine Anforderung der Eltern an die Untersuchung war zum einen, daß ihnen konkrete Hilfen gegeben werden sollten, sowie auch, daß die Vorurteile der Umwelt gegenüber der Familie und dem Adoptivkind abgebaut werden können. Aufgrund dieser Elternangaben wurde entschieden, die Verhaltensstörungen der Kinder, die sich aus den deprivierenden Umständen in den Heimatländern ergeben, näher zu untersuchen.

Zu dieser Entscheidung führten auch zusätzlich folgende Überlegungen:

- ausländische Adoptivkinder gehören in der BRD einer Minoritätengruppe an und unterliegen leicht Stigmatisierungsprozessen. Liegen zusätzlich Verhaltensstörungen beim Kind vor, kann dieser Prozeß erst oder beschleunigt ausgelöst werden.

- Ein Kind mit Verhaltensstörungen stellt eine Belastung für die Familie dar. Dies kann zum einen bei noch zusätzlich in der Familie lebenden Kindern zu Störungen führen als auch die Zweierbeziehung der Eltern stark belasten.

Durch die Ableitung der Fragestellung aus dem 1. Fragebogen und den oben angeführten Überlegungen sollte gewährleistet werden, daß die Untersuchung die praktische Relevanz für die Zielgruppe in den Vordergrund

rückt. Gleichzeitig war es jedoch notwendig, die theoretische Relevanz der Untersuchung nicht aus den Augen zu verlieren. Dem Untersucher sind keine Untersuchungen an Adoptivkindern während ihres Familienaufenthaltes bekannt, die die Wechselwirkung zwischen Mutter und Kind oder Familie und Kind untersuchen. Der Untersucher ist jedoch der Ansicht, daß nur durch familienbegleitende Untersuchungen auf die Dauer die Frage der Irreversibilität des Deprivationssyndroms abgeklärt werden kann und als Konsequenz soll diese Hypothese anhand der vorliegenden Untersuchung neu überprüft werden und als neutrales theoretisches Thema in den Vordergrund der Arbeit gerückt werden.

Die Annahme der Irreversibilität geht davon aus, daß Deprivationsschäden von einem gewissen Zeitpunkt an nicht mehr veränderbar oder aufhebbar sind. Diese Frage soll sowohl aus der praktischen Erfahrung der vorliegenden Arbeit als auch anhand von theoretischen Überlegungen abzuklären versucht werden.

Anhand der oben dargelegten Überlegungen wurden folgende Fragestellungen abgeleitet:

- Welche Reaktionsschemata entwickelten die Mütter (Eltern), um auf die Verhaltensstörungen der Kinder einzugehen?

- Welche Veränderungen bewirkten diese Reaktionsschematas hinsichtlich des Deprivationssyndroms?

- Lassen sich Reaktionsschemata der Mütter herauskristallisieren, die noch bestehende Verhaltensstörungen erklären?

- Welche theoretischen und praktischen Möglichkeiten lassen sich entwickeln, um diese noch bestehenden Verhaltensstörungen umzuwandeln oder aufzuheben?

- Welche Rückschlüsse ermöglichen die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der bisherigen wissenschaftlichen Meinung der Irreversibilität des Deprivationssyndroms?

Sowohl die Untersuchungsfragen als auch der Wunsch der Eltern nach praktischer Hilfe setzen voraus, daß die Untersuchung innerhalb der Familien durchgeführt wird. Um die Untersuchungsgruppe auswählen zu können, war es notwendig, erst einmal eine theoretische Aufarbeitung der bisherigen Untersuchungen auf dem Gebiet des Deprivationssyndroms zu leisten. Anhand dieser sollte dann ein weiterer Fragebogen entwickelt werden, der die depriviertesten Kinder aus der Gruppe der ausländischen Adoptivkinder auslesen kann.

7. ZUR SITUATION DER HEIME

Da die Heimsituation einen wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung der Heimkinder ausübt, scheint es wesentlich, eine Analyse der unterschiedlichen Heimsituationen in den Heimatländern zu leisten, auch wenn über diese sehr wenig Informationen vorliegen. Um einen Bezugsrahmen für die Problematik in Vietnam und Korea zu erhalten, ist es sinnvoll, eine Vergleichsbasis anhand der deutschen Heime zu haben. Insgesamt kann man wohl allen Heimanalysen vorausstellen, daß die Störungen, die die Kinder nach einem Heimaufenthalt zeigen, nicht allein auf die Muttertrennung zurückzuführen ist, sondern sehr stark mit auf die Heimsituation (MEIERHOFER & KELLER, 1966), und zwar liegen drei Deprivationsbereiche innerhalb der Heime vor:

1. die sensorische Deprivation, da die Objektwelt der Kinder auf ein Minimum eingeschränkt ist (vgl. SPITZ, 1946, 1973);

2. die soziale Deprivation, die nur eine verminderte Kontaktnahme im Gegensatz zum Familienkind gewährt. (Das Zeitverhältnis der personellen Zuwendung von Familienkindern im Gegensatz zu Heimkindern beträgt 10 : 1.);

3. die emotionale Deprivation, die sich auf das Beziehungsgefühl zu einer bestimmten Person bezieht (vgl. YARROW, 1961).

ROTH (1973) kristallisiert zwei wesentliche und übergreifendere Gesichtspunkte der kindlichen Entwicklung im Heim heraus. Er weist darauf hin, daß der Säugling im Heim nur seine Objekt-Beziehung erfährt, jedoch

seine Subjekt-Beziehung stark eingeschränkt oder überhaupt nicht verwirklicht ist, was wiederum auf die Passivhaltung des Säuglings im Heim zurückzuführen ist und im Widerspruch zu der Aktivität des Menschen steht. Es erstaunt daher nicht, daß die Heimkinder unter diesen Lebensbedingungen Störungen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zeigen, da "die Persönlichkeit ... das Gesamtsystem der Aktivitäten eines Individuums" ist (vgl. SÈVE, 1973, 238).

7.1. Die Situation der deutschen Heime

Im Gegensatz zu früheren Zeiten, liegen heutzutage genaue Zahlen und Analysen über die Situation der Kinder in Heimen vor, wodurch eine Behebung der schädigenden Situation wesentlich erleichtert würde, wenn dies nicht dem Kapitalinteresse entgegenwirken würde. Es ist heute noch immer so, daß die Kinder - wie zu den Zeiten Joseph des II von Österreich, der als erster Heime für ledige Mütter mit ihren Kindern bauen ließ - primär außerehelich sind und die ledige Mutter nicht beide Funktionen der Berufstätigkeit und der Mutterrolle ohne Unterstützung gleichzeitig erfüllen kann. Interessanterweise werden Modelle, wie die der Tagesmutter (vgl. STERN, 27.6.74) und Vorschläge, das Geld für den Heimplatz an die Mutter weiterzuleiten (vgl. HASSENSTEIN, 1973) abgelehnt. Versucht man Ursachen für diese Situation zu finden, stößt man auf zwei interessante Daten. Zum einen sind 90 % der Heimkinder aus proletarischen Ganz- bzw. Teilfamilien. Durch einen Heimaufenthalt wird garantiert, daß eine Schicht billiger Arbeitskräfte heranwächst, die ab dem 14. Lebensjahr in das Wirtschaftsleben mit einbezogen werden kann und daher

die Auflösung der Heime und die Entwicklung neuer Modelle der außerfamiliären Erziehung unterbunden wird. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, daß die Kirche - einer der großen Grundbesitzer - ein materielles Interesse an der Erhaltung der Klassengesellschaft hat. Es verwundert daher nicht, daß 80 % der Heime konfessionell sind (vgl. ROTH, 1973). Dieses Heimsystem zur Erhaltung der proletarischen Klasse wird auch durch die Instinktlehre des Muttertriebes und den dadurch festgelegten juristischen Möglichkeiten gefestigt. Obwohl dieser "Trieb" nicht auftritt, da es sich bei der Mutter-Kind-Beziehung um einen Lernprozeß handelt (vgl. HASSENSTEIN, 1973), hat die Mutter die Möglichkeit, eine Adoptionseinwilligung zu verweigern. Ein weiteres Problem ist, daß viele Mütter nach einem Jahr der Kindesabgabe häufig nicht mehr auffindbar sind. Die Arbeitsgruppe 4 der AGJ (1973) (vgl. auch JEESE, 1973) stellt fest, daß 15.000 Säuglinge pro Jahr in Heime eingeliefert werden, daß pro Jahr 10.000 Anträge auf Adoption eingehen und eine Erhöhung dieser Zahl durch Aufklärungsaktionen kein Problem wären, daß jedoch pro Jahr nur 4.000 Kinder neue Familien auf diesem Wege finden können. Ein weiteres Problem ist die Haltung der Jugendämter, die Kinder für Eltern suchen und nicht Eltern für Kinder und bei denen die rechte Hand nicht weiß, was die linke tut, d.h. es ist nur ein knappes Minimum für eine einigermaßen gelungene Adoptionsvermittlung gegeben.

Insgesamt kann man sagen, daß bei einer so geringen Bewußtseinslage innerhalb des bürokratischen Apparates der Adoptionsvermittlung, der juristischen Kompetenz und der Heimverwaltungen eine massive politische Agitation die einzige Möglichkeit zu sein scheint, das

Problem in das Bewußtsein der Gesamtbevölkerung zu vermitteln und somit durch eine breite Solidarisierung dem Kapitalinteresse entgegenwirken zu können.

7.2. Die Situation der koreanischen Heime

Es muß erst einmal einschränkend bemerkt werden, daß es keine Analyse gibt, die alle Heime hinsichtlich ihrer Struktur erfaßt, sondern daß die Verfasserin nur die Informationen weitergeben kann, die innerhalb der Terre des Hommes Elternmappe und Zeitungen vorhanden sind und aus den Gesprächen, sowie aus den einzelnen Waisenhausberichten, die Frau Dr. KOSSE für Terre des Hommes anfertigte.

7.2.1. Der politische Hintergrund

Der Krieg in Korea hatte zur Folge, daß sich die festen Familienstrukturen auflösten und sich somit die Familien zum einen sozial nicht mehr verantwortlich für die verwaisten Kinder zeigten, als es ihnen auch zum anderen finanziell nicht mehr möglich war. Die Auflösung der Familienverbände und die Etablierung der Kleinfamilie ist allerdings auch auf den wirtschaftlichen Entwicklungsboom in Korea zurückzuführen. Gleichzeitig zu diesem Wirtschaftswachstum ist jedoch nicht die soziale Verantwortung vom Staat übernommen worden, so daß auf diesem Gebiet ein Notstand herrscht, der die Versorgung und Vermittlung der Waisenkinder notwendig erscheinen läßt. Es werden daher sehr viele Waisenhäuser von Fremdländern betrieben und die Kinder ins Ausland vermittelt.

Man kann die Gründe kurz folgendermaßen zusammenfassen:

- Es leben heute noch 30.000 amerikanische Soldaten in Korea. Die Zahl der Mischlingskinder ist zwar zurückgegangen, jedoch haben gerade diese Kinder einen besonders schweren Stand innerhalb der Gesellschaft und wenig Chancen.

- Korea ist Entwicklungsland und aufstrebender Industriestaat, was zur Folge hat, daß der wirtschaftliche Wachstum enorm ist, jedoch Sozialversicherungen und Krankenversicherungen nicht für alle gegeben ist (Bericht 27.9.74 Auslandsjournal ZDF).

- Durch Krieg und wirtschaftliche Notsituation (20 % Arbeitslose) zerfallen immer mehr Familien, da ihre strenge innere Familienstruktur nicht mehr besteht, wodurch auch heute noch sehr viele Kinder ausgesetzt werden, die meistens zwischen zwei bis drei Jahre sind, was sich in der Relation zu Säuglingsaussetzungen günstig für diese Kinder auswirkt, da sie somit schon eine Primärbeziehung erlebt haben und nicht so starke Hospitalismusschäden selbst nach längerem Heimaufenthalt zeigen.

7.2.2. Der innere Aufbau der Heime

Die Heime sind in der Art der SOS Kinderdörfer aufgebaut und jeweils eine Ersatzmutter hat eine Kindergruppe von 12 - 15 Kinder, die sich aus mehreren Altersklassen zusammensetzen und auch in diesem Verband eine gegenseitige Verantwortung entwickeln. Die kleineren Kinder werden meistens von der "Boma" in einem

Tragetuch bei den meisten Verrichtungen mitgenommen, so daß sie einen engen Hautkontakt und ein Geborgenheitsgefühl vermittelt bekommen. Diese "Boma" lebt mit den Kindern Tag und Nacht zusammen und hat nur einen halben freien Tag innerhalb des Monats, so daß die Kinder eine konstante Bezugsperson besitzen. Über Nacht schlafen die Kinder auf Matratzen, die am Boden liegen, die eine Kontaktnahme zu dem Nachbar ermöglicht und nicht die Situation von Isolierkäfigen besteht, was trotz der hier günstigen Bedingungen, den Kindern auch den genügenden Hautkontakt über Spielkameraden ermöglicht. Insgesamt kann man sagen, daß der Verband familienähnlichen Charakter besitzt, was sich sicherlich sehr positiv auf die Kinder auswirkt.

Diejenigen, die nicht in den Heimen aufgenommen werden, kommen bis zum Zeitpunkt der Adoption in Pflegefamilien.

7.3. Die Situation der vietnamesischen Heime

Auch hier liegen Berichte von Frau Dr. KOSSE vor, die jeweils über den Aufbau, die zur Verfügung stehende ärztliche und personale Versorgung, sowie eigenständiger Versorgungselemente, Auskunft geben. Diese Berichte geben natürlich nur über die Heime vor der Kapitulation der Amerikaner Auskunft.

7.3.1. Der politische Hintergrund

In Vietnam waren die Auswirkungen des Krieges noch wesentlich stärker zu spüren und es bestand lange die Frage, ob die einmal durch den Krieg gestörten oder zerstörten Familienstrukturen auch in den kommenden

Jahren weiter zerfallen und somit das Problem der Heime, ihrer Versorgung und die Adoption der Kinder immer weiter akut bleiben würde.

Durch den Abzug der amerikanischen Truppen und der Regierungsübernahme durch das vietnamesische Volk hat sich das politische Bild jedoch im Gegensatz zu Korea stark gewandelt. Da keine amerikanischen Truppen mehr in Vietnam stationiert sind, wird die Problematik der Mischlingskinder rückläufig sein. Durch den Abzug der Truppen und die nicht mehr bestehende Einflußnahme der Amerikaner wandelt sich auch das wirtschaftliche Bild, da die Abhängigkeit und die Diktatur der Fremdherrschaft hinsichtlich der Wirtschaft nicht mehr besteht und sich somit auch die Binnenwirtschaft wieder entwickeln kann.

Gravierend war der Zerfall der Großfamilie sicherlich besonders deswegen, da die Erziehung in Vietnam zum Ziel hat, ein Kollektivgefühl zu entwickeln und die Individualität diesem immer unterzuordnen. Dies wird innerhalb des Sprachgebrauchs durch das Fehlen eines Possessivpronomens deutlich. Daher bestand das Problem der Unehelichkeit früher auch nicht, denn das Kind gehörte immer einem Kollektiv an, was die Verantwortung übernahm.

Die neue Regierung wird von ihrem Bewußtsein diesen traditionellen Anforderungen wesentlich besser gerecht werden und vielleicht fähig sein, neue Kollektivbildungen in kurzer Zeit zu etablieren, die die Versorgung der Waisen übernehmen können.

7.3.2. Der innere Aufbau der Heime

Bei den heutigen Möglichkeiten innerhalb der Heime liegt die Sterbequote der Säuglinge bei 90 %. Die Ursache ist hier primär in der mangelnden Ernährung und dem dadurch bedingten häufigen Auftreten von Krankheiten zu sehen.

An dieser Stelle ist es vielleicht wichtig, eine Zusammenstellung der einzelnen Kindergruppen in den Heimen einzufügen (vgl. Berichte Frau Dr. E. KOSSE).

Tabelle II: Zusammenstellung der Heime

Name des Heims	Altersklasse der Kinder	Schwerpunktsalter der Kinder	Anzahl der Kinder	Besondere Merkmale der Heime
DongChúa	1 - 10	6 - 10	243	hygienische Pflege mangelhaft; Kinder haben Freilauf, Kinder schlafen nachts auf einer gemeinsamen Matratze
KyQuang	1 - 18	6 - 12	148	keine Isolierung zwischen den Kindern und auch nicht zwischen Kindern und Pflegepersonal; sehr gute Anregung sowohl geistig als auch seelisch
TâyLôc	1 - 12	7 - 12	150	sehr gute geistige und seelische Anregung
TâyLôc (Hué)	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	sehr gute geistige und seelische Anregung; Gruppenbildung mit Führer, Sozialkontakt auch außerhalb des Hauses

Das Problem liegt ganz offensichtlich bei den älteren Kindern, die wohl primär nur die Chance haben, daß die Heime ihnen die Möglichkeit einer guten Schul- bzw. Berufsausbildung vermitteln, da es sowohl schwierig ist, Adoptiveltern für diese Altersklasse zu finden, als auch hier vielleicht die kulturspezifischen Verankerungen so weit fortgeschritten sind, daß eine Herauslösung erst einmal eine sehr große Schockwirkung haben könnte.

8. DAS PROBLEM DER ADOPTION

In früheren Jahren bestand eine sehr kritische Haltung gegenüber Adoptionen, und zwar sowohl innerhalb der "Volksmeinung" als auch innerhalb des wissenschaftlichen Bereichs. Es scheint zum einen ganz interessant, diese Meinungen einmal kurz aufzuzeigen, zum anderen auch nötig, da sich daran aufzeigen läßt, wie sich die Bewußtseinslage gewandelt hat und wie sich dies wiederum in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung niederschlägt beziehungsweise, wo diese Bewußtseinswandlung noch nicht stattgefunden hat.

Mc CLERRY (1952) sieht die Adoptivfamilie nur als schlechten Ersatz, welcher nie an die Idealgestalt der "Normalfamilie" heranragen kann und bemerkt: "Es gibt viele Möglichkeiten für einen Konflikt zwischen Eltern und Kindern, wenn Kinder in eine Familie geboren werden. Wenn Kinder adoptiert werden, fallen nur wenige davon aus, aber zahlreiche kommen hinzu" (Mc CLERRY, 1952, 7).

Als besonders wichtig wird immer noch das Fehlen der biologischen Beziehung der Familien-Kinder gesehen, und zwar mit dem Argument, daß man somit schon eine Einstellung und innere Beziehung zu dem Kind knüpfen könnte. FLOSDORF (1965) drückt dies pathetisch folgendermaßen aus: "Nun wird aber gerade in der Mutterschaft und besonders auch in ihrer langen neunmonatigen Vorbereitung diese Verantwortung in eminenter Weise aufgerissen." Er versteht darunter, daß der Mensch "um die Einmaligkeit seiner Existenz um seine ihm ureigene Verantwortung und damit auch die Möglichkeit von Schuld und Versagen" weiß (Hervorhebungen von E.M.W.) (FLOSDORF, 1965, 353). Wir haben hier die rein

individualistische spiritualistische Einstellung, daß die Mutter von innen heraus "etwas" - gewöhnlicherweise als "Muttertrieb" bezeichnetes - in sich aufkommen spürt, was zu der Haltung einer fürsorglichen Mutterperson führt. Dies widerspricht aber sämtlichen Forschungen als auch Erfahrungen, da eine mütterliche Haltung gelernt werden muß und nicht durch die einfache biologische Tatsache der Austragungszeit und Geburt gegeben ist (vgl. SPITZ, 1967, 73; HARLOW, 1959, 64). METZGER (1971) kritisiert diese allgemein bequeme Haltung, die gesellschaftliche Verantwortung gegenüber diesen Kindern ja fast ausschließt, "daß Blutsverwandtschaft und irgendwelche daraus abgeleiteten Ansprüche anderer Personen zwar im Bewußtsein der Öffentlichkeit - und infolgedessen auch in der Gesetzgebung und Rechtsprechung - eine gespenstische Rolle spielen, daß sie aber ohne jede Bedeutung ist für das faktisch-psychologische Erleben des Kindes, für sein Bewußtsein eine Mutter (und einen Vater) zu haben, und das Bewußtsein, daß dieser bestimmte Mensch seine Mutter ist (bzw. seine Eltern sind)" (METZGER, 1971, 154). METZGER unterstreicht weiterhin, daß die plötzlich auftauchende Verwandtschaft "psychologisch faktisch ohne jede Einschränkung fremde Menschen" (METZGER, 1971, 154) sind.

Die Betonung der Mutterschaft scheint auch aus anderen Gründen nicht stichhaltig zu sein, da einem das Adoptivkind ja nicht - wie es erscheinen möchte - per "Überraschungspaket" ins Haus geliefert wird, sondern - wie auch aus den Fragebogen der 1. Voruntersuchung zu entnehmen ist - daß die Entscheidung zur Adoption ein Prozeß ist, der sich dann innerhalb der Vorbereitungszeit bis zur Ankunft weiter fortpflanzt.

Ein weiterer Gesichtspunkt für die Kritiker der Adoption ist, daß durch die Schwangerschaft die Umwelt auf die Ankunft des Kindes vorbereitet würde und dies bei den Adoptivkindern wegfiele. An dieser Meinung kann man nur die beschränkte Sichtweise bewundern, da zum Beispiel die Verschickung von Geburtskarten - wie es viele Eltern von Terre des Hommes praktizierten - ein exellentes und ziemlich einfaches Gegenmittel für den Überraschungseffekt darstellt. Im Zusammenhang mit der Umwelt ergibt sich natürlich ein weiteres Problem, nämlich das der Aufklärung des Adoptivkindes über seine Adoption. MATĚJČEK (1969a) ist der Ansicht, daß der Prozeß der Aufklärung gelernt werden muß, da er innerhalb des Verhaltensrepertoires fehlt, daß dies jedoch erst einmal anhand adäquater Hilfestellung erleichtert werden sollte. SCHULTHEISS (1966) ist sogar der Ansicht, daß das Nichtaufklären der Adoptivkinder ein "pseudoaltruismus" ist. Man möchte ihm recht geben, wenn man die Untersuchung durch die tschechische Zeitung VASTA ansieht, bei der 76 % der Adoptivkinder der Ansicht sind, daß das Adoptivkind aufgeklärt werden sollte und ein Recht auf die Wahrheit habe, wohingegen nur etwas über 50 % der übrigen Bevölkerung für eine Aufklärung plädierten (MATEJCEK, 1969; vgl. auch KIRK, 1964).

Weiterhin wird argumentiert, daß durch die fehlende Austragungszeit das Kind den Eltern fremd sei, sie müßten es erst kennenlernen. Durch diese unterbrochene Einheit von Eltern-Kind sei die Identifikation gestört und somit auch die Zuwendung zum Kind, es sei denn, das Kind hätte sämtliche Vorteile und die Mutter kann sozusagen nichts anderes als es trotz der fehlenden biologischen Mutterschaft gerne zu haben (vgl. SEMRAD, 1964). BENTAL (1966) setzt deshalb eine Bewältigung

der "biologischen Versagung" für ein befriedigendes Adoptivkind - Adoptivmutter - Verhältnis voraus. Bei Auslandsadoptionen ist ALFF (1965) noch darüber hinausgehend der Ansicht, daß das Kind "den Schwierigkeiten nicht gewachsen ist und sich das Fehlen der gewohnten Bindungen und Werte als unersetzliche Verluste erweisen" (ALFF, 1965, 369).

Schwierigkeiten werden auch in einer möglichen Auflösung bei Nichteinhaltung der Erwartungen an das Kind gesehen. CASMIR (1972) kritisierte deshalb auch an den bisher bestehenden Adoptionsgesetzen und Vermittlungen die Einstellung "nur die Annehmenden zu schützen, ist ... in vielen 'sozialen' Stellen zu beobachten, die eigentlich mehr für die Kinder sein sollte" (CASMIR, 1972, 467). Diese Einstellung führte zu einem "Ausleseverfahren" hinsichtlich der Wünsche der Adoptiveltern.

Hier bestehen zwei wohltuende Einschränkungen bei Terre des Hommes:

1. die Kinder können nicht wie Pakete zurückgesandt werden;

2. es werden Eltern für Kinder und nicht Kinder für Eltern gesucht.

Auch die Sorge vor heriditären Einflüssen sowie die Angst, das Kind über seine Herkunft aufzuklären, werden als echte Bedenkgründe angeführt.

Weitere Schwierigkeiten werden in dem erhöhten Alter der Adoptiveltern - was für die Terre des Hommes Eltern auch nicht zutrifft - den Einstellungen der Nachbarn (siehe SECHELMANN) und in den Einstellungen der Eltern (siehe ELLINGHAUSEN) gesehen.

Insgesamt kann man sagen, daß die Adoptionsforschung - bezeichnenderweise gibt es fast nur juristische und kaum psychologisch pädagogische Untersuchungen - von einem biologischen Modell ausgeht, welches systemimmanent ist und sich somit immer selbst bestätigt. Die Adoptiveltern werden als Widerspiegelung dieses gesellschaftlichen Bewußtseins verleitet, sämtliche Schwierigkeiten auf erbbiologische Faktoren zurückzuführen. Diese Einstellung wirkt sich beim Kind dahingehend aus, daß es nun auch seine Schwierigkeiten darauf zurückführt. (Man kann dann öfters Verherrlichungstendenzen der eigenen nicht gekannten Eltern beobachten.) Der Regelkreis ist geschlossen und verstärkt sich selbst, da der Beziehungsaspekt nie angesprochen wird, da das Problem auf den Inhaltsaspekt bezogen wird (WATZLAWICK, 1972). Es wird also innerhalb der Forschung früherer Jahre versucht, Einstellungsbildungen innerhalb der Familie auf die Blutbasis zurückzuführen und entstehende Probleme auf das Fehlen dieser Basis zurückzuführen. Es wundert nicht, daß dadurch der Weg für neue Verhaltensweisenetablierungen versperrt war und außerdem kaum als echte Alternative zur Überwindung der Schwierigkeiten gesehen wurde.

Zur Überwindung dieser alten Ansätze, die annehmen, daß angeborene Triebkräfte die letztliche Ursache des sozialen Verhaltens und der Bildung des Menschen im sozialen Bereich seien, kommen neuere Untersuchungen von HASSENSTEIN (1973 Materialsammlung, AGJ 1973), der auf der verhaltensbiologischen Ebene nachweist, daß die Auffassung von Mutter-Kind-Blutsverwandtschaft für die gegenseitige positive Zuwendung nicht zutrifft, da es sich hier um eine Beziehung handelt, die einem Lernvorgang entspricht. Ähnliche Beobachtungen machte

BENTAL (1966) an einer ihrer Patientinnen, der man als Therapeutikum ein Adoptivkind "verschrieb" und welches die neurotischen Störungen der Mutter widerspiegelte. Auch METZGER (1971) weist auf den Lernvorgang als entscheidenden Faktor innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung hin und CASMIR (1972) stellt fest, daß die Verhaltensstörungen der Adoptivkinder eine Widerspiegelung der Einstellungen der Eltern sind. Man kann also daraus entnehmen, daß "das soziale Verhalten der Menschen ... gelernt" wird "und seine 'Triebkräfte' ... gesellschaftlicher Natur" sind (HIEBSCH & VORWERG, 1972, 23). Aufgrund ihrer Forschungen weisen HIEBSCH & VORWERG (1972) darauf hin, "daß das soziale Verhalten erlernt wird und daß sich das soziale Lernen unter den Verhältnissen der jeweiligen Gesellschaftsordnung ... vollzieht" (HIEBSCH & VORWERG, 1972, 23).

Innerhalb der bisherigen Untersuchungsansätze ist kaum der Versuch gemacht worden, die gesamtpolitische Tragweite des Problems zu ergründen und einen Ansatz zur gesellschaftlichen Bewußtseinslagenveränderung zu leisten. Die Arbeitsgruppe 4 der AGJ in Mainz (1973) hat hierzu eine erste theoretische Analyse versucht, die gleichzeitig Veränderungen auf der Praxisebene anbieten. Als Hemmschuh der Adoptionsvermittlung sehen sie die Bewußtseinsbarrieren bei den Fachkräften, die unzureichend über die Bedeutung der frühkindlichen Entwicklung informiert sind, bei den Kinderheimen, die aus wirtschaftlichen Aspekten heraus so viele Kinder wie nur möglich behalten, bei den Vormundschaftsrichtern, die zu abstrakt Entscheidungen fällen und somit den Praxisbezug verlieren und sich nicht mehr für die Interessen des Kindes einsetzen und bei den Müttern, die den Makel des sich "nicht kümmerns" als kleiner empfinden als die Freigabe zur

Adoption. Schade ist, daß trotz des guten Ansatzes auf eine gesamtgesellschaftliche Analyse der Adoptionsvermittlung verzichtet wird. EDELMANN (1972) betrachtet in diesem Zusammenhang die Situation der Adoptivfamilie nach dem abgeschlossenen Adoptionsvermittlungsverfahren und kommt zu dem Schluß, daß Adoptivfamilien "Minderheitsgruppen" darstellen und mit den entsprechenden Vorurteilen rechnen müssen.

Auch hier kann nur auf weitere Literatur verwiesen werden (JUERGENS, 1946; LOOFS, 1959; BOWLBY, 1959; LEHR, 1974; GOLDSTEIN & FREUD, 1974).

9. DIE HOSPITALISMUSFORSCHUNG

9.1. Geschichte der Hospitalismusforschung

Um den heutigen Stand der Wissenschaft auf dem Gebiet der Hospitalismusforschung einordnen zu können, erscheint es wichtig, das geschichtliche Problem etwas näher aufzurollen. 1268 führte Friedrich II. ein Experiment an Kindern durch, indem er verwaiste Kinder in einem Heim aufnehmen ließ, ihnen Ammen zuwies, die die Kinder nähren, waschen und trockenlegen sollten, jedoch gleichzeitig das Verbot auferlegt bekamen, weder mit den Kindern zu sprechen noch mit ihnen nett zu sein oder sich in sonst irgendeiner Art und Weise den Kindern zuzuwenden. Hiermit wollte Friedrich II. herausfinden, welches die Ursprache der Kinder sei, hebräisch als älteste Sprache, die griechische oder lateinische oder die Sprache ihrer Eltern. Es kam jedoch nie zu dieser Feststellung, da die Kinder unter diesen Lebensbedingungen nicht das erste Lebensjahr erlebten (vgl. SCHMALOHR, 1968). Schon damals wird der Grund für die hohe Sterblichkeit darin gesehen, daß Kinder nicht lebensfähig sind, wenn ihnen die Zuwendung der Umwelt vorenthalten wird. Hier wird nun zum ersten Mal das Problem zwischen Veranlagung und Umwelt in größerem Maße aufgeworfen, jedoch tritt es erst wieder stärker in den Vordergrund mit der "Entdeckung" der Wolfskinder. Hier sollen nur die am besten belegten Fälle kurz erwähnt werden (vgl. ZINGG, 1940).

ITARD (1965), der Arzt und Taubstummenlehrer war, legte 1801 und 1806 zwei Berichte über ein Wildkind, welches in Aveyron gefunden und später Victor genannt wurde, vor. Es wurde von Jägern im Wald aufgegriffen, als es auf allen Vieren kriechenderweise nach Eicheln und

Wurzeln suchte; sein Alter wurde auf 12 Jahre geschätzt. Er verhielt sich wie ein wildes Tier, biß um sich und ließ keinen Menschen an sich herankommen, mußte mit seiner erfahrungsmäßigen Kost, wie rohe Kartoffeln, Nüsse, etc., ernährt werden und reagierte auf Reize, wie das Knacken einer Nuß, jedoch nicht auf abgefeuerte Schüsse. Bemerkenswert ist bei diesem Bericht, daß Schaukelbewegungen wie bei Tieren die in Käfigen gehalten werden, beobachtet werden konnten. Außerdem waren mehrere Narben bei ihm festzustellen.

Da der Fall Aufsehen in der Öffentlichkeit nach sich zog, wurde vom Minister eine Untersuchung durch den Psychiater PINEL angeordnet, der den Zustand des Kindes mit dem von Geisteskranken verglich und ihn als bildungsunfähigen Idioten betrachtete. ITARD (1965) lehnte diese Haltung aufgrund seiner Erfahrungen mit Taubstummen ab und nahm den Jungen in seinem Taubstummenheim auf. Er glaubte nicht an eine veranlagungsbedingte Störung, sondern an eine Störung, die durch die jahrelange Einsamkeit hervorgerufen wurde und versuchte, diese fehlende Erfahrung durch Erziehung bei dem Jungen Victor aufzuholen. Trotz vielfältiger Bemühungen erlernte der Junge nie die Sprache, konnte sich nur mit Mühe verständigen und genauso mühsam sich nur an die menschliche Zivilisation gewöhnen. Nachdem ITARD (1965) nach fünf Jahren die Aussichtslosigkeit seiner Bemühungen einsah, mußte Victor aller Wahrscheinlichkeit nach außerhalb des Heimes leben.

Wohl am bekanntesten ist der Fall Kasper Hauser, der 1828 als 16jähriger junger Mann in Nürnberg auftauchte und ähnliche Symptome aufwies, allerdings einige Sätze rein sprachlich beherrschte und aufrecht ging. Allerdings scheinen in diesem Fall auch mysteriöse Umstände mitzuspielen, da dieser ein Jahr später auf geheimnisvolle Weise verletzt wurde und 1833 an einem Messerstich starb (vgl. STUMPFE, 1969).

Gegen diese Berichte werden verständlicherweise Einsprüche erhoben, da die Berichterstattungen nicht exakt sind und zum Teil zu späteren Zeitpunkten angefertigt wurden (vgl. STUMPFE, 1969), sowie auch keine Nachprüfbarkeit besteht, wieweit die Kinder unter echten geistigen Defekten litten, worüber uns allerdings auch die neueren Untersuchungen wenig Auskunft geben. Schließt man einmal aus, daß alle Wolfskinder aus diesem Grund der geistigen Behinderung ausgesetzt wurden, dann ist es erstaunlich, wie ähnlich sich die Berichte hinsichtlich des nicht vorhandenen Spracherwerbs, der Vierfüßlerkeit zum Zeitpunkt des Auffindens als auch die Schwierigkeit sich an die menschliche Zivilisation anzupassen, sind. So interessant diese Berichte auch sind, können weder Theorien dadurch untermauert, noch irgendwelche praktischen Hinweise daraus gewonnen werden, wie es DENNIS (1951) sehr sarkastisch in einer Zusammenstellung der indischen Wolfskinder darlegt. Er führt sechs Beispiele auf, bei denen das Aussetzungsalter der Kinder zwischen zwei und sechs Jahren zum Teil geschätzt, zum Teil nachprüfbar, liegt. Alle Berichte legen dar, daß die Kinder zum Zeitpunkt ihres Findens keinerlei zivilisatorische Einflüsse mehr aufweisen, sondern nur tierische Verhaltensweisen zeigten. Dazu bemerkt DENNIS (1951) nur mehr: "If they acquired such behaviors, then all of these sozialized habits were lost during isolation. In other words, the data would show the ephemeral character of that socialization which occurs very early. This is exactly the opposite of the point which these cases are ordinarily used to demonstrate!" (DENNIS, 1951, 156).

9.1.1. Zur Situation der Findelhäuser

Findelhäuser bestehen in den romanischen Ländern seit dem Mittelalter und blieben bis zum 19. Jahrhundert bestehen. Sicherlich waren sie für die damaligen gesellschaftlichen Verhältnisse ein Fortschritt, da Kinder, die zu den Randgruppen zählten, wie zum Beispiel körperlich-, geistig behindert oder unehelich geborene, einfach ausgesetzt wurden, im frühen Mittelalter einfach getötet wurden und durch diese Einrichtungen zumindestens die Chance des Überlebens erhielten. Die interessanteste Abgabemöglichkeit dieser Kinder ist dabei die Drehlade, in die die Kinder anonym gelegt werden konnten, jedoch wegen Mißbrauchs späterhin wieder abgeschafft wurde.

Bemerkenswert ist jedoch, daß die Findelhäuser und die heutigen Heime sich in einem stark ähneln, nämlich, daß dort primär Kinder untergebracht wurden und werden, die unehelich geboren sind, was aufzeigt, daß sich die Situation der unehelichen Mutter zwar quantitativ aber nicht qualitativ verändert hat. Die ersten Ansätze sich dieser Situation anzunehmen und die Dyade Mutter-Kind (SPITZ, 1969, 1973) zu erhalten, machte Kaiser Joseph II. von Österreich, der Heime für ledige Mütter mit ihren Kindern bauen ließ. In neuerer Zeit wird das Problem wieder durch die Tagesmutter näher ins Gespräch gebracht (vgl. STERN Nr. 27.6.1974). Die Findelhäuser waren zwar eingerichtet worden, um den Kindern eine Lebenschance zu geben, jedoch waren sie eher wie Säuglingskrankenhäuser aufgezogen, denen aber leider genügend ärztliche als auch ernährungswissenschaftliche Kenntnisse fehlten, so daß die hohen Sterberaten, die zum Teil um 100 % lagen, nicht verwunderlich sind. Es ist in diesem Zusammenhang nicht verwunderlich, wenn

TUGENDREICH (1910) den französischen Arzt VILLERME zitiert, der folgende Inschrift an die Findelhäuser anbringen lassen wollte: "Hier läßt man Kinder auf Staatskosten sterben." Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Prager Anstalt, die durch Ernährungsverbesserung, durch Ammenpflege, aseptische Vorkehrungen und schnelle Abgabe der Säuglinge und Kleinkinder in Außenpflege, die Sterblichkeitsquote von 1880 bis 1884 von 16,2 % auf 5 % herabsetzte. Durch diese hohe Sterbequote war man Ende des vorigen Jahrhunderts der Meinung, daß eine Säuglingspflege in Anstalten nicht praktikabel sei und so wurden nur mehr primär kranke Säuglinge aufgenommen und auch diese so schnell wie möglich in die Familie oder Einzelpflege gegeben. Erst die moderne Ernährungs- und medizinische Wissenschaft ermöglichten die geschlossene Heimpflege gesunder Säuglinge, durch Isolierung in Boxen, wenig Kontaktaufnahme der Kinder untereinander oder mit Personen der Außenwelt (vgl. SCHMALOHR, 1968 und HELLBRÜGGE, 1966) und es drängt sich einem fast der makabere Gedanke auf, daß durch die früheren hohen Findelhaussterbequoten und die damit verbundene schnelle Rückführung in die Familie oder Einzelpflege bei Ammen, die Kinder vielleicht vor psychischen Schäden in der frühen Kindheit bewahrt wurden, da sie erst mit sieben Jahren aus dem Ammenverhältnis herausgenommen und wieder ins Heim gebracht wurden.

9.2. Der tiefenpsychologische Ansatz der Hospitalismusforschung

Es ist sicherlich FREUDs Verdienst, auf die Bedeutung der frühkindlichen Erfahrung innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung - und besonders deren gefühlsmäßiger Bedeutung - aufmerksam gemacht zu haben, indem er die Störungen erwachsener Neurotiker auf die Störungen der

der frühen Mutter-Kind-Beziehung zurückführte und dieser somit Gewicht verlieh. Er beging jedoch innerhalb seiner Forschung den deduktiven Weg, indem er von den Störungen des erwachsenen Neurotikers auf Störungen innerhalb der ersten Lebensjahre schloß und somit zu der Meinung kam: "Schon in den ersten sechs Jahren der Kindheit hat der kleine Mensch die Art und die Affektionen seiner Beziehungen zu Personen des nämlichen und anderen Geschlechts festgelegt. Er kann sie von nun an entwickeln und nach bestimmten Richtungen umwandeln aber nicht mehr aufgeben" (FREUD, 1952, Bd 10, 216). Für FREUD ist für die spätere Ausbildung des Charakters im Erwachsenenalter wichtig, wieweit eine Gewährung oder Versagung der Libidobefriedigung gewährleistet wird. Da der Säugling unfähig ist, seine Libido selbst zu befriedigen, ist diese immer an ein Objekt gebunden, welches im Säuglings- und Kleinkindalter die Mutter oder Ersatzmutter ist. Die Erfahrungen dieser Objektbeziehungen - besonders in der Abfolge der analen, oralen und phallischen Phase, die mehr oder weniger stark gehemmt oder verdrängt werden - sieht FREUD als Hauptdeterminante der späteren Lebensform und Beziehungsgestaltung an, da durch sie erst das rudimentär vorhandene Ich und das Über-Ich des Kindes im Laufe der Zeit ausgebildet werden. Hinzu kommt, daß die Abwehrmechanismen innerhalb dieser Altersklasse fehlen. Jede Gefahr, die die erste Objektbeziehung gefährden könnte, ruft beim Kind Ängste hervor. ERIKSON (1971) bezeichnet diese innere Erfahrung, die das Kind in seiner ersten Objektbeziehung gewinnt, als Ur-Vertrauen bzw. als Ur-Mißtrauen, welches jeweils die Selbstachtung und das Selbstvertrauen im späteren Erwachsenenalter primär mitbestimmt.

Da die Mutter die Mittlerin zwischen dem Kind, seinen Bedürfnissen und der Außenwelt ist, scheint es nicht sehr verwunderlich, wenn sich bei dem Kind bei einer Herauslösung aus der Dyade Mutter-Kind Störungen einstellen, da die Mutter das Außen-Ich des Kindes darstellt und die kindlichen Ich-Funktionen mit übernimmt (SPITZ, 1973). Ausgehend vom tiefenpsychologischen Ansatz und angeregt durch die Wiener Schule, leistete SPITZ Beachtliches in dem Versuch, systematische Aufzeichnungen der Folgeerscheinungen beim Kind nach einer Mutter-Kind-Trennung festzuhalten.

9.3. Aufzeichnung der wichtigsten empirischen Befunde

9.3.1. Ältere Untersuchungen

PFAUNDLER (1915, 1924) prägte aufgrund seiner Untersuchungen die ersten Begriffe für das Erscheinungsbild der Kinder während eines länger andauernden Heimaufenthaltes und beschrieb die einzelnen Stadien des Hospitalismussyndroms sehr exakt. Diese Ansätze der Forschung gerieten aber anscheinend in Vergessenheit, da PFAUNDLER Kinderarzt war und die Psychologen ihnen keine Beachtung schenkten. Die Hospitalismusforschung erhielt erst wieder durch die Untersuchungen von SPITZ einen neuen Aufschwung. Die Untersuchungen von SPITZ werden daher zum einen näher dargelegt, da sie die ersten breiten angelegten Untersuchungen waren und zum anderen, da noch heute ihre Ergebnisse unkritisch in populärwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Kreisen übernommen werden und somit auch das Vorurteil der Irreversibilität des Schadens noch heute weiterlebt.

SPITZ (1945) führte, angeregt durch die zum Teil unsystematischen und an einer zu geringen Stichprobe durchgeführten Untersuchungen (DURFEE & WOLF, 1934; LOWREY, 1940) seine 1945 vergleichende Studie an 130 Säuglingen aus zwei Waisenhäusern, die zum einen in verschiedenen Ländern der westlichen Welt lagen, um spezielle örtliche Umwelteinflüsse auszuschließen und zum anderen, nur während des ersten Lebensjahres beobachtet wurden, um altersmäßige Gleichwertigkeit dadurch zu erreichen, durch. Es wurde sowohl eine Anamnese mit der Mutter vorgenommen als auch der HETZER-WOLF-Test durchgeführt und der durchschnittlich EQ im ersten Drittel des ersten Lebensjahres mit dem durchschnittlichen EQ des letzten Drittels im ersten Lebensjahr verglichen.

Weitere Bedingungen, wie Umweltbedingungen und soziales Milieu sowie der kulturelle Hintergrund, wurden, wie die folgende Tabelle zeigt, unterschieden:

Tabelle III: Darstellung des Entwicklungsquotienten in Abhängigkeit von der Umwelt [EQ]

Art der Umwelt	Kulturelles und soziales Milieu	Entwicklungsquotient	
		Durchschnitt für die ersten 4 Monate	Durchschnitt für die letzten 4 Monate
Familie	Akademiker	133	131
	Dorfbevölkerung	107	108
Anstalt	Säuglingsheim	101,5	105
	Findelhaus	124	72

(SPITZ, 1945; entnommen aus BITTNER & SCHMIDS-CORDES, 1973, 82).

Anhand der Tabelle ist bemerkenswert, daß die EQ-Werte nur bei den Kindern im Findelhaus sanken, was SPITZ auf die Tatsache zurückführt, daß ihnen die Pflege der Mutter fehlt, wohingegen die anderen Gruppen der Säuglinge von ihren Müttern versorgt wurden.

PINNEAU (1955) kritisiert diesen Rückschluß von SPITZ, da der Test nicht brauchbar sei, da er

1. nur an 20 Wiener Kindern, die schon eine Negativauslese gewesen seien, standardisiert wurde,

2. im frühen Alter zu hohe Werte messe, wohingegen er zwischen sieben Monaten und einem Jahr zu niedrige Werte messe.

Weiterhin kritisierte PINNEAU, daß SPITZ in der weiteren Darstellung seiner Befunde eine falsche Aufsplittung der Werte vornimmt. SPITZ gibt den gesamten Wert des Absinkens des EQ an und führt ihn auf die Mutter-Kind-Trennung zurück. Dabei summiert SPITZ auch diejenigen Absinkungspunkte der Messung, die vor der Trennung der Mutter-Kind-Trennung lagen zu denjenigen, die nach der Trennung von der Mutter lagen, zusammen. Die Trennung von der Mutter erfolgte aber durchschnittlich nach dem siebten Monat und danach ist das Absinken des EQ nur mehr ein Drittel so groß, wie vor der Trennung der Mutter. (siehe auch Kritik de WIT, 1964).

Auch hier erscheint die Begründung, dies auf die fehlende Mutter-Kind-Beziehung zurückzuführen, nicht berechtigt zu sein. Diese Werte erlauben nur den Rückschluß, daß die Kinder umso ausgeprägtere Störungen aufweisen, je anregungs- und reizärmer die Umwelt ist.

Weitere Auffälligkeiten, die SPITZ an den Kindern beobachtete, waren, daß sie trotz absolut hygienischer Unterkunft und guter ärztlicher Versorgung stark an physischer Vitalität eingebüßt hatten, was sich zum einen in den Fallgeschichten in Angaben wie Mittelohrentzündung, Ekzeme und Darmerkrankungen niederschlug, zum anderen in einer hohen Sterbequote bei einer Massenepidemie (13 % der jüngeren und 40 % der älteren Kinder starben. Vergleichswerte in der Normalbevölkerung 1/2 %), (vgl. SPITZ,1945, in BITTNER, 1973). Um Folgeschäden des Heimaufenthalts ermitteln zu können, führte SPITZ eine katamnestische Untersuchung durch, die sowohl Aussagen über die körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit sowie über Fähigkeiten der Kontaktaufnahme im sozialen Bereich machen sollte und stellte fest, daß auf allen Gebieten eine Retardierung vorlag. Es muß allerdings erwähnt werden, daß für die Nachuntersuchung nur mehr die Kinder zur Verfügung standen, die noch immer im Heim lebten und wohl aus diesen Ergebnissen weder die Annahme des a l l e i n stark schädigenden Effekts der Mutterentbehrung im ersten Lebensjahr bestätigt werden kann, da es sich um kummulative Effekte der Heimsituation handeln kann oder mit v. HARNACKs (1965) zu sprechen, um Effekte des Umwelt-Verlustes. Noch kann die Irreversibilität, die SPITZ damit nachweisen möchte (SPITZ, 1945, in BITTNER, 1973, 101), dadurch untermauert werden, da eine Heimsituation unter den bestehenden Bedingungen wohl kaum dazu angetan ist, schon bestehende Schäden zu beheben. SPITZ (1967) beobachtet bei diesen Kindern jedoch noch ein auffallendes Syndrom, welches in 19 Fällen auftrat, und zwar war diesen Kindern gemein, daß sie zwischen dem sechsten bis achten Lebensmonat von ihrer Mutter getrennt wurden und diese drei Monate andauerte.

SPITZ (1967) beschreibt das Erscheinungsbild und dessen Fortschreiten folgendermaßen:
Tritt nach diesen drei Monaten keine Vereinigung mit der Mutter ein, so folgt eine Übergangszeit von zwei Monaten, in der sich die Symptome verstärken und konsolidieren. Dieses Erscheinungsbild bezeichnet SPITZ als anaklitische Depression in Abgrenzung zur Depression des erwachsenen Alters und zieht in Anlehnung an FREUDs Feststellung, "daß der Trieb sich im Anfang anaklitisch, d.h. in Anlehnung an eine Bedürfnisbefriedigung entwickelt, die zur Selbsterhaltung notwendig ist" - den Begriff der anaklitischen Objektwahl heran. "Die anaklitische Objektwahl wird bestimmt durch die ursprüngliche Abhängigkeit des Säuglings von der Person, die ihn füttert, beschützt, bemuttert" (zit. nach SPITZ, 1967, 287).

SPITZ (1967) macht zwei weitere interessante Beobachtungen bei der Verfolgung der weiteren Entwicklung dieser Kinder und der Einwirkung der Umweltfaktoren. Zum einen stellte er fest, daß das allgemeine Absinken des EQ aufgehoben werden kann, d.h. ein Ansteigen des EQ vorliegt, wenn eine Wiedervereinigung von Mutter und Kind vor dem fünften Monat stattfindet, jedoch ein weiteres Absinken nach dem fünften Monat der Trennung besteht. Aus diesen Beobachtungen schließt SPITZ mit, daß die Schäden nach dem fünften Monat irreversibel seien. Schaut man sich die vergleichenden Daten an, so ist ein Absinken um -25 EQ-Punkte bei einer weiter anhaltenden Trennung von Mutter und Kind zu verzeichnen, wohingegen die EQ-Werte nur um vier Punkte absinken, wenn nach fünf Monaten eine Wiedervereinigung stattfindet. Es scheint mir hier nur der Rückschluß gerechtfertigt, daß anscheinend nach fünf Monaten Trennungszeit Schwierigkeiten bestehen, den EQ wieder in den positiven Bereich anzuheben, obwohl

schon das nur um -4 EQ-Punkte Absinken als positiv gewertet werden kann. Da sich bei den Heimkindern keine Veränderung ihrer Lebenssituation ergibt, scheint es auch nicht erstaunlich, daß ein weiteres Absinken des EQ bemerkt wird, jedoch erlaubt dieses Ergebnis nicht, auf eine Irreversibilität rückzuschließen. Leider fehlt hier auch jede weitere Untersuchung, die einen Aufschluß darüber geben könnte, ob die Entwicklung dieser Kinder zu einem späteren Zeitpunkt wieder im positiven Testwertbereich zu finden waren.

SPITZ stellte (1967) weiterhin fest, daß das Syndrom der anaklitischen Depression bei denjenigen Kindern ausgeprägter war, die eine positive Mutter-Kind-Beziehung vor der Trennung hatten als diejenigen, deren Beziehung unbefriedigend war und schloß daraus: "Es ist offensichtlich schwieriger, ein befriedigendes Liebesobjekt zu ersetzen als ein unbefriedigendes" (SPITZ, 1967, 289).

SPITZ (1946) bezeichnet das Erscheinungsbild, was sich einem innerhalb der fünfmonatigen Trennungszeit von Mutter und Kind bietet, als anaklitische Depression, das Erscheinungsbild, welches nach einer länger andauernden Trennung zutage tritt, als Hospitalismus in der Annahme, daß diese Schäden irreversibel seien, d.h. der Begriff des Hospitalismus steht für das klinische Erscheinungsbild des Marasmus.

Im Gegensatz zu SPITZ (1945, 1946, 1964/1965) führte BOWLBY (1973) retrospektive Studien durch. Er untersuchte verhaltensgestörte Jugendliche und stellte sich die Frage, welche Kindheitsbedingungen bei ihnen vorlagen. Dabei lenkte er sein Augenmerk besonders auf die Jugendlichen mit Diebstahlsymptomatik und verglich

sie mit einer Kontrollgruppe emotional gestörter Jugendlicher gleichen Alters, Geschlechts und gleicher Anzahl, die diese Symptomatik nicht aufwiesen (vgl. BOWLBY et al., 1956; BOWLBY, 1973; sowie zu dieser Thematik SPITZ & WOLF, 1946). Bemerkenswert an dieser Untersuchung waren zwei Faktoren, und zwar zum einen, daß bei den Dieben 14 das waren, was BOWLBY als "gefühlskalte Charaktere" bezeichnete, wohingegen innerhalb der Kontrollgruppe keiner in diese Kategorie fiel und zum anderen, daß 17 der Diebe eine teilweise oder völlige Trennung von ihrer Mutter oder Ersatzmutter erfahren haben. Die Ergebnisse waren signifikant, so daß es berechtigt erscheint, einen Zusammenhang zwischen Gefühlskälte und Muttertrennung zu sehen, jedoch muß auch hier kritisch angemerkt werden, daß damit noch keine Aussage darüber gemacht ist, inwieweit der Schaden bei adäquater Umweltgestaltung gar nicht erst eingetreten bzw. wieder abzubauen wäre. Diese Ergebnisse der BOWLBY-Studie stimmen auch mit anderen Untersuchungen überein, die die Unfähigkeit, tiefe soziale Beziehungen zu entfalten und soziale Gefühle zu entwickeln, sowie eine mit daraus resultierende Neigung zu Diebstählen und Betrug feststellten (vgl. LOWREY, 1940; BENDER, 1946, 47, 41; GOLDFARB, 1943a, 1943b, 1947, 45, 44, 49). BENDER (1941) bezeichnete dieses Symptom als "psychopathische Verhaltensstörung", die er auf das mangelnde Zeitempfinden und der damit verbundenen Unfähigkeit, aus Erfahrung zu lernen, zurückführt.

Um die erbfaktorielle Beeinflussung für die spätere Neigung zu Diebstählen auszuschließen, ermittelte BOWLBY bei der oben erwähnten Studie schlechte und nicht schlechte Erbanlagen, wobei er als schlechte Erbanlagen Neurosen, Psychosen etc. der Eltern und Großeltern definierte. Die Ergebnisse zeigten, daß

die Erbfaktoren keine ausschlaggebende Rolle für die Neigung zum Diebstahl sind und BOWLBY schließt daraus, "daß der gefühlskalte Dieb nicht geboren, sondern erzogen wird" (BOWLBY, 1973, 50).

MEIERHOFER & KELLER (1966) kritisieren dieses Vorgehen, da bei diesen Untersuchungen immer nur von schon bestehenden Schwierigkeiten ausgegangen würde, jedoch Prognosen hinsichtlich später auftretender Störungen im sozialen Bereich nur über Longitudinalstudien ermittelt werden könnten.

Diese Darstellung beansprucht nicht, vollständig zu sein. In dieser Darstellung sollte jedoch auch nur die Untersuchungsschwerpunkte der frühen Hospitalismusforschung aufgezeigt werden und in welchem kritischen Licht diese Untersuchungen gesehen werden müssen.

Es kann hier nur auf weitere, ältere Untersuchungen verwiesen werden (RHEINGOLD, 1943; BAKWIN, 1942; LEVY, 1947; BRODBECK & IRWIN, 1946) und auf die kritischeren neuen Untersuchungen, die im folgenden Abschnitt aufgezeigt werden.

9.3.2. Neuere Untersuchungen

1969 führte DÜHRSSEN eine Untersuchung an je 50 Heimkindern, Pflegekindern und Familienkindern durch. Um exakte Vergleiche ermitteln zu können, sonderte sie sowohl die organisch gestörten Kinder als auch diejenigen, deren frühere Umweltbedingungen, wie zum Beispiel häufiger Heimwechsel, nicht mehr nachprüfbar waren, aus, so daß am Ende eine Stichprobe von 35 Heimkindern, 45 Pflegekindern und 48 Familienkindern zur Verfügung stand. Die Heimkinder schnitten innerhalb

der Untersuchung auf allen Bereichen am schlechtesten ab; so lag ein Drittel der Heimkinder bei der Erhebung des Intelligenzquotients im Bereich der Debilität oder fragliche Debilität. Innerhalb des Leistungsvollzugs stellte DÜHRSSEN (1969) ein deutliches Überwiegen langsamer, apathischer und schwerfälliger Reaktionen fest. Hinzu kam noch, daß die Kinder (29 von 35) unter Kontaktstörungen litten und auch sonstige Auffälligkeiten innerhalb des sozialen Bereichs zeigten. 7 der 35 Kinder mußten aller Voraussicht nach auf die Hilfsschule gehen, d.h.,daß eine starke Beeinträchtigung des Leistungsbereichs bei den Heimkindern vorliegt.

Interessant sind die Ergebnisse bei den Pflegekindern, die eine Schwäche hinsichtlich der Detailauffassung und der Merkfähigkeit besitzen, jedoch innerhalb des ganzheitlichen Bild- und Sinnesverständnisses gute Leistungen zeigten. Gemeinsam ist der Gruppe der Pflege- und Heimkinder im Gegensatz zu den Familienkindern, daß sie leicht ablenkbar und schlecht fixieren können.

Drei Heimkinder unterschieden sich hinsichtlich der oben aufgeführten Merkmale, deren einziger Unterschied im Verhältnis zu den anderen Kindern darin bestand, daß sie die ersten Lebensmonate von ihrer eigenen Mutter aufgezogen wurden.

1966 führten MEIERHOFER & KELLER eine beachtliche Studie an 441 Kindern aus dem Kanton Zürich in mehreren verschiedenen Heimen durch, wobei einige Kinder von 2 1/2 Jahren bis 33 Monaten innerhalb einer Longitudinalstudie und die übrigen Kinder von 2 1/2 bis 7 1/2 Jahren in einer Transversalstudie untersucht wurden. Bedingung für die Auslese der Stichprobe war, daß die

Kinder vor ihrem siebten Lebensmonat ins Heim eingewiesen wurden und der Heimaufenthalt nicht länger als drei Monate unterbrochen wurde. Auch bei diesen Kindern zeigten sich Störungen auf allen Bereichen, jedoch kristallisierten sich Schwerpunkte hinsichtlich der Sprache und Soziabilität heraus. Die Entwicklung der Körperhaltung und Körperbewegung sowie die Koordination von Wahrnehmungen und intentionalen Bewegungen waren weniger vom Heimaufenthalt beeinträchtigt. Interessant an dieser Studie ist, daß sich der EQ hinsichtlich der einzelnen Heime signifikant unterscheidet, so daß man daraus schließen kann, daß die Muttertrennung nicht der allein wirksame Faktor ist, sondern daß es sich hier mit um kumulative Heimeffekte handelt (vgl. auch DENNIS, 1960; DENNIS & NAJANI, 1957). Auch die Ergebnisse von FLUG (1966) machen deutlich, daß die Muttervariable in der älteren Hospitalismusforschung überschätzt wurde. Einige Kinder wurden von Heim A in Heim B verlegt und zeigten erst nach einiger Zeit in Heim B Hospitalismuserscheinungen.

NIESSEN (1973) wies anhand der Auswahl einer Stichprobe nach dem Kriterium "schlechte Familienvoraussetzungen" (z.B. Vater kriminell, Alkoholiker, Schwachsinn etc.) die Bedeutung der Umweltfaktoren für die Etablierung des Hospitalismussyndroms nach.

TEUFEL (1967) verglich mehrere Aufnahmestellen für Kinder und konnte beobachten, daß die Kinder umso geringer ausgeprägte Störungen aufweisen, umso konstanter die Verhältnisse im Heim waren und umso intensiver der Kontakt vom Pflegepersonal zu den Kindern war. Wieweit Umwelteinflüsse, sei es ein unadäquates Heim, eine unadäquate Pflegemutter oder Mutter und ständiger Wechsel der Bezugspersonen, einen schädigenden Einfluß auf das Kind haben, zeigt die Untersuchung

von PONGRATZ (1964) an Prostituierten-Kindern. Die Kinder, die nie oder nur vorübergehend betreut wurden, zeigten Verhaltensauffälligkeiten wie Verbitterung, Bedrücktsein, sowie ein ausgeprägtes Geltungsbedürfnis, logen am meisten und zeigten auch am häufigsten im Verhältnis zu den anderen Gruppen neurotische Symptome (vgl. auch DÜHRSSEN, 1969). Insgesamt konnte PONGRATZ feststellen, daß diejenigen Kinder die meisten Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, die seit der Geburt bei ihren Müttern waren, wohingegen die Pflegekinder nicht so ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Auch die Ergebnisse zeigen, daß primär die Umweltfaktoren bestimmend für die Entwicklung des Kindes sind und diese nicht einfach deswegen schadensfrei verläuft, weil die Kinder bei der Mutter aufwachsen. PONGRATZ kristallisiert gleichzeitig in ihrer Arbeit die Erziehungsstile im Verhältnis zu den Verhaltensauffälligkeiten heraus und kommt zu folgendem Ergebnis:

1. Ein fester, kontinuierlicher, liebevoller Erziehungsstil ruft wenige Verhaltensauffälligkeiten auf seiten des Kindes hervor.

2. Ein strenger, überkonsequenter Erziehungsstil ruft häufig Verhaltensauffälligkeiten hervor.

3. Eine nachgebende Erziehungstendenz und affektive Wahllosigkeit führt zu den meisten Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern.

In dem Zusammenhang der Umwelteinflußfaktoren sollen hier auch die neueren Untersuchungen in den Kibuziems erwähnt werden, da es sich - grob gesagt - um eine Art der Heimerziehung handelt, da über Tage die Verantwortung der Erziehung in den Tagesstätten liegt

und es in vielen Kibuziems auch üblich war und ist, daß die Kinder in diesen Tagesstätten auch über Nacht bleiben. Eine Lockerung und die freie Wahl, ob die Kinder dort oder zu Hause schlafen möchten, ist erst in neuerer Zeit eingetreten.

RABIN (1958, 1959) und MEAD (1962) stellen zu diesem Problem fest, daß es für die Kinder günstigere Effekte haben kann, wenn es von mehreren ihm positiv zugewandten Personen versorgt wird als wenn eine ausschließliche Bindung an eine Person besteht.

J. BIERMANN (1967) und J. & G. BIERMANN (1967) unterstreichen diesen Eindruck und führen dieses Ergebnis auf das kollektive Verantwortungsbewußtsein, sowohl die Heim- als auch die Krankenhaussituation so positiv wie möglich für das Kind zu gestalten, zurück. Allerdings räumen sie ein, daß die Bedürfnisse des Säuglings und des Kleinkindes oft nicht befriedigt werden könnte, was sich in den Untersuchungen auch dahingehend herauskristallisiert, daß die Kibuziem-Kinder im ersten Jahr im Vergleich zu Familienkindern im Entwicklungsstand zurückgeblieben sind, jedoch diesen Entwicklungsrückstand in den weiteren Jahren aufholen und die Familienkinder überflügeln, besonders im sozialen Bereich.

MARBURG (1972) versuchte an Fallstudien die schädigenden Einflüsse der primär kollektiven Erziehung aufzuzeigen. Sie untersuchte drei aufeinanderfolgende Generationen in einem Kibutz und berichtete, daß das Verlassenheitsgefühl bei den primär in den Kinderhäusern erzogenen Kindern bis ins Erwachsenenalter anhält und diese Erziehungsform von diesen für die eigenen Kinder abgelehnt wurde.

Auch PECHSTEIN (1973) ist der Ansicht, daß der positive Effekt der Übernahme eines Kindes in eine Gleichaltrigengruppe überschätzt würde, da es sich hier maximal um eine Übertragung schon innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung gelernter Verhaltensweisen handeln könne und nicht um die Erlernung neuer Fähigkeiten.

So positiv die kollektive Versorgung im Kibutz ist, so wenig befriedigend ist in Deutschland eine notwendige Heim- oder Krankenhausunterbringung, auch wenn BAUMANN (1959) der Ansicht ist, daß Eltern in diesem Lande keine Befürchtungen hinsichtlich einer Krankenhausunterbringung zu haben brauchen. Dieser Meinung steht die Untersuchung von SCHAFFER (1963) entgegen. Er stellte fest, daß Kinder, die sich in einer sehr monotonen Krankenhausumgebung aufhalten müssen und von ihren Müttern regelmäßig besucht wurden, wesentlich schlechter nach dem Krankenhausaufenthalt wieder Kontakt zu ihren Müttern fanden als eine Gruppe von Kindern, die sich wegen einer ansteckenden Krankheit im Kinderheim aufhalten mußten, wo sie jedoch Anregungen aus der Umgebung erhielten.

Auch hier können nur die Hauptgesichtspunkte herauskristallisiert werden. Ansonsten wird auf folgende weiterführende Literatur verwiesen:
DAMBORSKA (1965); BIELICKI (1971); MATĚJČEK (1969b); BLANDOW (1972); CRAMER (1972); HELLBRÜGGE (1966); OESCHGER (1957); PECHSTEIN (1972, 1973a); PONGRATZ (1960); SCHMALOHR (1968); ALT (1951); HASENÖHRL (1957); DAMBORSKA (1967a, 1967b); MEVES & SIMON (1968); BIERMANN (1969, 1973); RUTTER (1971).

9.3.3. Begriffsbildung des Heimschadens

TUGENDREICH (1910) bezeichnet schon die chronische Verlaufsform des Pflegeschadens als Hospitalismus.

SPITZ (1946) verwandte diesen Namen wiederum für die chronische Form des "Affekt-Entzugssyndroms" bei der Mutter-Kind-Trennung, prägte jedoch für die akuten Formen die Bezeichnung der anaklitischen Depression.

MEIERHOFER & KELLER (1966) unterscheiden zwischen akutem und chronischem Verlassenheitssyndrom und v. HARNACK (1965) spricht von Mutterverlust.

MOOG & MOOG (1972) verstehen unter Deprivation das "Vorenthalten von Reizen und Erfahrungen, die für die psychische und/oder körperliche Entwicklung förderlich sind" (Seite 9).

BOWLBY (1973) schuf für die Störung, die durch nicht genügend Zuwendung von der Bezugsperson entsteht (sei es die Mutter oder Ersatzmutter), die Bezeichnung "maternal deprivation", wobei er zwischen partieller und kompletter Deprivation unterscheidet; letztere bezieht sich auf die Heimsituationen.

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird in Anlehnung an die Begriffsbildungen von BOWLBY (1973) und YARROW (1961) die Schädigungen der Kinder als Deprivationssyndrom bezeichnet. Hierunter ist sowohl die partielle als auch komplette Deprivation zu verstehen, da bei den untersuchten Kindern unexplizite Informationen über die Zeit vor der Familienaufnahme vorhanden sind, so daß eine Aufsplittung nicht möglich ist.

9.4. Das Problem der Irreversibilität

9.4.1. Aufzeigen der Irreversibilitätsforschung

Speziell für die hier gestellte Frage, wieweit Schädigungen, die einmal durch einen Heimaufenthalt erworben worden sind, durch Erziehungsmaßnahmen bzw. Umwelteinflüsse überwunden werden können, scheint es wesentlich, sich über den heutigen Stand der wissenschaftlichen Untersuchungen auf diesem Gebiet zu informieren.

DURFEE & WOLF (1934) sind der Ansicht, daß eine Mutter-Kind-Trennung im ersten Lebensjahr, die unter drei Monaten liegt, keine schädigenden Einflüsse hervorbringt, wohingegen eine Trennungszeitüberschreitung von über acht Monaten so schwere Schäden hervorruft, daß die Kinder in ihrer Untersuchung noch nicht mal mehr testbar waren.

BENDER (1941), LOWREY (1940) und GOLDFARB (1944) stellen fest, daß ein Anstaltsaufenthalt, der drei Jahre übersteigt, Schäden hervorruft, die irreversibel sind, wobei LOWREY (1940) noch zwischen dem Zeitpunkt der Schädigung unterscheidet. Tritt dieser innerhalb des ersten Lebensjahres auf, so ist er irreversibel, wohingegen im zweiten und dritten Lebensjahr eine Reversibilität auftreten kann.

SPITZ (1945, 1967) beobachtete, daß eine Schädigung vermieden werden kann, wenn der Säugling nicht länger als drei Monate von der Mutter getrennt wird, eine Wiedervereinigung mit der Mutter zwischen dem dritten und fünften Trennungsmonat nicht unbedingt eine dauernde Schädigung hervorrufen muß, jedoch nach einer Trennungszeit von über fünf Monaten der Schaden irreversibel sei. Auch SPITZ bezieht sich hier primär auf

die Zeit des Kindes,in der es seine höchstmögliche Plastizität besitzt.

BIELICKI (1971) beobachtet in ihrem Heim, daß eine Trennung von acht Monaten nicht unbedingt irreversible Schäden hervorruft. Insgesamt ist sie in ihren Äußerungen hinsichtlich des Irreversibilitätsproblems wesentlich vorsichtiger als die Forscher früherer Jahre und gibt zu bedenken, daß die Entwicklung des Hospitalismusschadens von zu vielen Faktoren abhinge, als daß Globalaussagen über die Reversibilität gemacht werden könnten.

BOWLBY (1940/44) ist der Ansicht, daß eine Trennung von Mutter und Kind bis zum vierten Lebensjahr immer gravierende Folgen hat, wohingegen DENNIS (1960) feststellte, daß Heimkinder zwischen dem 2 - 16 Monat erhebliche Entwicklungsrückstände zeigen, diese aber im Alter von vier bis sechs Jahren kaum mehr merklich waren und sich klinische Bilder, wie Marasmus, überhaupt nicht bei den Kindern zeigten.

MEIERHOFER & KELLER (1966) sind der Ansicht, daß die Plastizität im Kleinkindalter nicht mehr so gegeben ist und die Kinder, die ihr erstes Lebensjahr im Heim verbrachten, in ihrer Lebensgrundstimmung und der Einstellung zur Umwelt schon festgelegt sind und nur im ersten Lebensjahr rasche Verhaltensänderungen eintreten können.

ROUDINESCO & APPEL (1950, entnommen aus BOWLBY, 1973) stellten anhand ihrer Versuche fest, daß nur bei einer Viertelstunde Zuwendung,und dies viermal in der Woche, bei den Kindern ein EQ Anstieg zu verzeichnen war.

Insgesamt besteht innerhalb der Literatur die Übereinstimmung, daß, umso früher die Heimeinweisung vollzogen wird, umso länger sie andauern und umso größer die Art und der Grad der Deprivation ist, desto größer und schwieriger aufhebbar der Schaden ist.

9.4.2. Kritik an der bisherigen Irreversibilitätsforschung

Faszinierend bei der Aufarbeitung der Literatur in der westlichen Psychologie sind zwei Gesichtspunkte, die anscheinend beide auf denselben Faktor zurückzuführen sind, und zwar auf ein fehlendes übergreifendes Bezugssystem, welches eine Erklärung des Deprivationssyndroms ermöglichen könnte. So wird noch immer die Mutter in einer idealistischen Auffassung als Primärfaktor für die Entwicklung des Kindes angesehen. Hier wird versucht, den komplexen Lern- und Entwicklungsprozeß eindimensional auf das mütterliche "Dasein" zurückzuführen. Nicht verwunderlich bei dieser a-sozialen Betrachtungsweise ist, daß versucht wird, das Deprivationssyndrom allein anhand dieses fehlenden mütterlichen Faktors zu erklären und von dahergehend eine Irreversibilität des Schadens anzunehmen. Dieser Nachweis gelingt auch leicht, da bisher primär Untersuchungen durchgeführt wurden, in denen die Kinder nicht allein der Mutter beraubt sind, sondern wie v. HARNACK (1965) ansatzweise richtig festgestellt hat, "umweltberaubt" sind. Hier versagen dann die bürgerlichen Forscher, da sie die Entwicklung des kindlichen Bewußtseins nur bedingt abhängig von seinem Dasein betrachten und hier versuchen, die problematische Entwicklung eindimensional auf den Faktor der Mutter zu beziehen. Es zeigen jedoch Untersuchungen von RABIN (1958/59 und BIERMANN (1967) und BIERMANN (1967), daß die Entwicklung des Kindes schadensfrei

verlaufen kann, wenn die Umwelt die Bedingungen entsprechend den sozialen Bedürfnissen des Kindes gestaltet.

Die bürgerliche Betrachtungsweise der kindlichen Entwicklung scheint auch zu dem Standpunkt der Irreversibilität zu führen und schlägt sich in den sehr unterschiedlichen Zeitangaben der Nichtveränderbarkeit der Störung nieder. Hier wird das Bewußtsein als etwas Absolutes, Statisches gesehen, was unabhängig von den in der weiteren Entwicklung wirkenden Daseinsbedingungen betrachtet wird. Durch diese Betrachtungsweise wird eine Weiterentwicklung des Kindes unter anderen Daseinsbedingungen ausgeschlossen.

Nicht nur die Untersuchungen, die die Entwicklung des Deprivationssyndroms als Untersuchungsgegenstand gewählt haben, sondern auch die Untersuchungen, die die Irreversibilität nachweisen möchten, verzichten auf eine Analyse der jeweiligen Daseinsbedingungen. So ist ein übliches Design, daß die deprivierten Kinder vor Eintritt in die Familie untersucht werden und ein Statement erstellt wird und dieses nach einer gewissen Zeit innerhalb der Familie wiederholt wird. Anhand dieser Ergebnisse wird dann die Hypothese der Irreversibilität immer zur vollsten Zufriedenheit bestätigt. (Es lassen sich hier sehr viele Parallelen zu früheren Untersuchungen an geistig behinderten Kindern ziehen.) Es wurde hier nie die Frage gestellt, inwieweit sich die Daseinsbedingungen innerhalb der Familie für das geschädigte Kind im Gegensatz zu den Heimbedingungen verändert haben und wieweit diese Veränderungen beim Kind zur Folge haben. Es scheint dem Untersucher, daß nur durch die Abklärung der Daseinsbedingungen innerhalb der Familie und ihrer Auswirkungen auf das deprivierte Kind eine konkrete Beantwortung der Irreversibilitätsfrage geleistet werden kann.

Zur Abklärung dieser Frage ist es jedoch auch notwendig, die ungesellschaftliche Betrachtungsweise der kindlichen Entwicklung zu überwinden. Der theoretische Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit soll im nachfolgenden Kapitel dargelegt werden.

10. EIGENER THEORETISCHER ANSATZ DER ARBEIT

10.1. Die marxistische Sozialisationstheorie

Als theoretischer Ausgangspunkt zur Erklärung des Deprivationssyndroms wird hier die materialistische Sozialisations- und Handlungstheorie herangezogen, da sie es ermöglicht, das Kind nicht isoliert oder nur abhängig von einzelnen Bedingungsvariablen, die eine ungenügende Erklärung für die Frage bieten, zu betrachten.

Es soll hier eine kurze Darstellung der marxistischen Sozialisationstheorie gegeben werden, da dies eine notwendige Grundlage für das weitere Erklärungsmodell deprivierter Kinder ist.

Das Leben des Säuglings besteht aus Grundbedürfnissen, deren Befriedigung ihm durch eine Anzahl von Regulationsmechanismen angeboren ist. Im Gegensatz zum Tier, dem im Prinzip das Gesamtverhalten angeboren ist, bleibt dieses beim Menschen primär auf vegetative Funktionen beschränkt, d.h., daß das Verhalten, das der Mensch zum Zwecke der Bedürfnisbefriedigung einsetzen muß, durch seine angeborenen Regulationsmechanismen nur ungenügend gesichert ist. Daraus ergibt sich, daß das Verhalten des Menschen primär erlernt werden muß. Der Säugling und das Kind können also nur im Zusammenleben mit Erwachsenen, die seine Bedürfnisse befriedigen, leben, sowie sie auch nur im Zusammenleben mit Erwachsenen die Umwelt erleben können (vgl. HIEBSCH & VORWERG, 1973, 57). Der Säugling wird bei seiner Geburt in eine bestimmte soziale Primärgruppe hineingeboren, die in den industrialisierten Ländern meistens in Form der Kleinfamilie sich darstellt.

Diese soziale Existenzform ist die notwendige Bedingung für sein Leben,und zwar aus mehreren Gesichtspunkten heraus. Die Familie, die wiederum gesellschaftlich determiniert ist, übernimmt zum einen die Aufgabe, die Bedürfnisse des Säuglings, die er sich durch sein geringes Verhaltensrepertoire nicht selbst befriedigen kann, zu befriedigen, als auch zum anderen gleichzeitig das Verhaltensrepertoire durch Lernmöglichkeiten zu erweitern (Sozialisationsprozeß). Zu diesen Lernprozessen gehört auch der Erwerb von Einstellungen, Motiven des Handelns, Entwicklung der Wahrnehmung und emotionaler Einstellungen. Bei diesem Sozialisationsprozeß übernimmt die Primärgruppe die Mittlerrolle zwischen Kind und Gesellschaft. "Die gesellschaftliche Determination der menschlichen Persönlichkeit vollzieht sich im Verhalten, das in einer konkreten sozialen Gruppe abläuft und deren Bedingungen unterliegt" (HIEBSCH & VORWERG, 1972, 58). Anhand dieser Bedingungen kann das Kind lernen.

Die Familie übernimmt also die Aufgabe, das soziale und physiologische Bedürfnis des Kindes zu befriedigen - auf welche Art und Weise geht wiederum aus ihrer gesellschaftlichen Determiniertheit hervor (Klassenlage, ökonomische Bedingungen etc.). Diese erste Bedürfnisbefriedigung des Kindes ist ein wesentlicher Faktor in der Entwicklung des Kindes, da dadurch die Entstehung neuer Bedürfnisse möglich wird, die wiederum eine notwendige Bedingung für die Aneignung gesellschaftlicher Erfahrung sind.

Das auftretende Bedürfnis erfordert nämlich Aktivität zur Befriedigung entwickelter Bedürfnisse und die Entwicklung neuer Bedürfnisse erfordert wiederum Aktivität. Führt die Aktivität nicht zur Befriedigung der Bedürfnisse, so wird diese ständige zyklische Wiederholung der Aktivität zur Befriedigung entwickelter Bedürfnisse und die ständige Neubildung von Be-

dürfnissen unterbrochen, da der Widerspruch zwischen Bedürfnis und Bedürfnisbefriedigung im gewissen Sinne nicht auf dieser Stufe aufgelöst wird (vgl. SÈVE, 1973). Dabei kann die Entwicklung nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Verhältnissen gesehen werden, sondern "die Verhältnisse zwischen Bedürfnissen und Resultaten der Aktivität reflektieren nicht einfach die Gesetze des Psychischen ... sie wurden wesentlich vermittelt durch die Gesetze der Gesellschaftsformationen, in der sich diese Aktivität entwickelt" (SÈVE, 1973, 326). Gleichzeitig kristallisiert SÈVE (1973) heraus, daß das Maß und die Bedingungen, unter denen das Bedürfnis durch die entsprechende Art befriedigt werden kann, der Anreiz zur Handlung ist und nicht das Bedürfnis als solches. Auch hier wird deutlich ersichtlich, daß dieser Anreiz zum Handeln für Heimkinder bei extrem deprivierenden Umständen nicht existiert und somit für die Kinder auch kein psychologischer Fortschritt ermöglicht wird und die Bedürfnisse verkümmern, da sie auf dem niedrigsten Niveau schon blockiert werden.

So abhängig das Kind auch durch seine anfängliche primär von außen erfolgende Bedürfnisbefriedigung von seiner sozialen Gruppe ist, so zeigt es doch eigene Aktivität, auch wenn sich diese im Säuglingsstadium primär auf vegetative Funktionen beschränkt. Das Kind entwickelt sich aufgrund des Widerspruches zwischen sich selbst und seiner Umwelt, seiner eigenen geringen Fähigkeiten im Gegensatz zu denen der Erwachsenen (Grundsatz vom immanenten Widerspruch). Dabei kann die Entwicklung des Menschen unter drei Aspekten betrachtet werden, die in einer Wechselwirkung zueinander stehen, auch wenn in den einzelnen Entwicklungsphasen Schwerpunkte zu sehen sind:

1. Der Mensch als psychologischer Organismus. Hierunter ist der materielle Organismus in der Koppelung mit der Bewußtseinsfähigkeit zu verstehen (Organismus-Umwelt-Relation)

2. Der Mensch als bewußt produzierendes Wesen (Subjekt-Objekt-Relation)

3. Der Mensch als gesellschaftlich und geschichtlich determiniertes Wesen (Persönlichkeits-Gesellschaft-Relation)

Weiter unten wird auf diese drei Gesichtspunkte der Lernprozesse bzw. Sozialisation noch einmal näher eingegangen.

Am Ausgangspunkt der Ontogenese sind diese drei Aspekte der Entwicklung in ihrer Möglichkeit angelegt, jedoch werden sie erst durch die Umwelt zur Wirklichkeit herauskristallisiert und durch die Umwelt wird daher auch erst die Persönlichkeitsentwicklung initiiert. RUBINSTEIN faßt diesen Entwicklungsprozeß sehr kurz und prägnant folgendermaßen zusammen: "Das Kind entwickelt sich, indem es erzogen und gebildet wird" (RUBINSTEIN, 1958, 199f.).

Der wichtigste Schritt in der Entwicklung des Kindes ist seine Tätigkeit, anhand derer es sich die Umwelt aktiv aneignet. Dabei erfährt das Kind den Widerspruch zwischen sich selbst und der Umwelt,und zwar aufgrund der auf der einen Seite geforderten Verhaltensnormative und andererseits seines noch bestehenden Unvermögens, die Erwartungen erfüllen zu können. Das heißt, daß die Widersprüche zwischen dem Forderungsprofil und dem eigenen Verhaltensstatus durch die Umwelt an das

Kind herangetragen werden und somit auch die Voraussetzung für eine Sozialisation geschaffen wird. Die Umwelt ist jedoch auch gleichzeitig der Faktor, der dem Kind hilft, diese Widersprüche zu überwinden. ELKONIN (1967) charakterisiert diesen Prozeß folgendermaßen: "Nur die Tätigkeit des Kindes, die darauf gerichtet ist, die Wirklichkeit zu beherrschen, die durch seine Beziehung zu den Erwachsenen ... vermittelt wird, ist die Triebkraft der Entwicklung des Kindes als Mitglied der Gesellschaft, ist die Entwicklung seines Psychischen, seines Bewußtseins" (ELKONIN, 1967, 21).

Dieser Tätigkeits- oder Handlungsbegriff ermöglicht den unmittelbaren Zugang zu den grundlegenden Widersprüchen der Persönlichkeit, da die Handlung einerseits Aspekte der eigenen Biographie und andererseits der gesellschaftlich bestimmten Welt ist.

Neben diesen Handlungen sind auch die Fähigkeiten - zwischen denen zahlreiche dialektische Beziehungen bestehen - des Individuums ein wesentlicher Gesichtspunkt. Dabei ist unter Fähigkeiten "die individuelle Bedingung für die Ausführung der Handlung" deren "unermeßliche Mehrzahl der Fähigkeiten wird im Individuum selbst durch die Gesamtheit von Handlungen, die wiederum Bedingung dafür ist, produziert oder entwickelt" zu verstehen (SÈVE, 1973, 318).

Diese Handlungs-Fähigkeits-Beziehung macht ersichtlich, daß sich die Gesamtheit der Aktivität des Individuums in zwei - nicht voneinander getrennte - Bereiche aufteilen läßt, und zwar zum einen in die "Gesamtheit der Handlungen, die Fähigkeiten produzieren, entwickeln oder besonders ausprägen" und zum anderen in "die Gesamtheit der Handlungen, die unter alleinigen Ein-

satz bereits vorhandener Fähigkeiten dies oder jenes Resultat produzieren, das durch die Ausübung dieser Fähigkeit erreicht werden kann" (SÈVE, 1973, 319).

An dieser Aktivitätsaufteilung kann erkenntlich gemacht werden, daß ein depriviertes Kind kaum über den Einsatz vorhandener Fähigkeiten durch seine Inaktivhaltung im Heim verfügt und in der Familie die Handlungen gefördert werden müssen, die die Fähigkeiten des Kindes herausbilden.

Es ist nun die Frage, durch welche Handlungsmöglichkeiten sich Fähigkeiten des Kindes herausbilden können und wie sich das Kind seine Umwelt aneignet.

Seine materielle Umwelt eignet sich das Kind primär im Spiel an und die etappenweise Bildung seiner geistigen Operationen beruhen auf diesem Prozeß der gesellschaftlichen Aneignung (Interiorisation, GALPERIN, 1969), der es ihm ermöglicht, zeitweilig den Widerspruch zwischen sich und der Gesellschaft aufzuheben. Es ist so wichtig, daß das Kind seine Umwelt handelnd erfährt, da es sie nur auf diesem Wege verinnerlichen kann. Auch die Entwicklung der Sprache und des Denkens entwickeln sich primär über diese Handlungsebene. Es wird klar, welche bedeutende Rolle das Spiel - die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt - für die Entwicklung des Kindes einnimmt.

Den so wesentlichen Prozeß der Interiorisation innerhalb der Sozialisation beschreibt HIEBSCH (1971): "Durch die spezifische menschliche Tätigkeit werden die Erfahrungen einer Generation (und überhaupt der Generationen vorher) in materiellen und ideellen Produktionen vergegenständlicht. Diese vergegenständlichten Resultate der gesellschaftlichen Tätigkeit

der Menschen sind es, die dem Heranwachsenden (aber auch dem Erwachsenen) als zunächst äußere Ereignisstrukturen entgegentreten, auf die er seine Tätigkeit, sein Verhalten, beziehen muß. In der aktiven Auseinandersetzung mit ihnen werden sie interiorisiert und zu 'innerlichen Bezugssystemen' verfestigt (HIEBSCH, 1971, 58).

Der Interiorisationsprozeß ermöglicht es dem Kind, den Widerspruch zwischen sich und den Erwachsenen auf dem Wege der individuellen Aneignung auf bestimmte Weise aufzulösen. Das soll nicht heißen, daß die Widersprüche sich auflösen, sondern daß das Kind im Laufe der Erziehung fähig ist, den Widerspruch auf der jeweiligen Entwicklungsstufe aufzulösen. Hierdurch ist es möglich, daß die Kinder sich bestimmte Verhaltensweisen soweit aneignen, bis sie sie vollständig beherrschen und dann erst eine Entwicklung auf einer höheren Stufe erfolgt. Diese Aneignung hat Prozeßcharakter. Die Erreichung einer nächst höheren Entwicklungsstufe erfolgt über qualitative Sprünge; das alte Verhalten wird aufgelöst und geht in das neue wiederum mit ein. Dabei sind diese qualitativen Sprünge nicht notwendig mit quantitativen gekoppelt. So liegt beim Kind nach einer gewissen Aneignungsphase von Ein-Wort-Sätzen der Sprung zu Zwei-Wort-Sätzen vor. Das Verharren auf einer bestimmten Entwicklungsstufe ist dabei immer durch ein gewisses Gleichgewicht der Gegensätze gekennzeichnet. Erst durch die Veränderung der quantitativen Elemente des Prozesses (z.B. Anhäufung von Ein-Wort-Sätzen) kommt es dann zum Widerspruch, der die Voraussetzung des Umschlagens in eine neue Qualität beinhaltet.

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt des Sozialisationsprozesses ist die Möglichkeit der Identifikation. Durch diese Nachahmung übernimmt das Kind Wert-

haltungen, Motive, Tabus, emotionale Einstellungen, die seiner gesellschaftlichen Lage angemessen sind. Gefördert wird die Identifikation des Kindes mit einem Erwachsenen durch die Intensität mit der sich die Eltern dem Kind positiv zuwenden. Diese Zuwendungseinheiten sind wiederum die quantitativen Vorbedingungen für die Identifikation, die eine qualitative Verhaltensänderung beim Kind bewirkt. Das Medium, das die Identifikation dabei erleichtert, ist das Rollenspiel.

Die Interiorisation und die Identifikation sind spezifische Prozesse der Sozialisation.
Es wurde im obigen Abschnitt versucht, die wesentlichen Umweltbedingungen aufzuzeigen, die die Entwicklung des Kindes bestimmen. Gleichzeitig besteht jedoch die Frage, welche Auswirkungen die Sozialisationsbedingungen auf die physiologischen Prozesse des Kindes haben. Es wird hier auf die Forschungsarbeiten von PAWLOW zurückgegriffen.

Physiologisch gesehen ist die Großhirnrinde des Neugeborenen in ihrer makroskopischen Struktur und in der Anzahl der Nervenelemente der des Erwachsenen sehr ähnlich. Unterscheiden kann man die Großhirnrinde des Kindes vom Erwachsenen allerdings dahingehend, daß die Fortsätze, die die Nervenzellen der Großhirnrinde miteinander verbinden, noch nicht entwickelt sind (Markscheidenbildung). Ausgebildet werden diese erst nach der Geburt. Im weiteren Entwicklungsverlauf können sich dann verschiedene Nervenelemente miteinander verbinden. Diese stellen dann auf der materiell physiologischen Ebene das Substrat der sich in der Entwicklung herausgebildeten Verhaltensformen und der psychischen Prozesse dar (vgl. ELKONIN, 1967, 18-19). Dabei sieht dieser physiologische Prozeß konkret

folgendermaßen aus: Über den sensorischen Apparat werden die Informationen der Umwelt zum Kortex weitergeleitet, der reflektorischen Charakter hat, d.h.,das Gehirn leistet die Analyse, die Synthese, die Differenzierung und Generalisierung der aus der Umwelt wahrgenommenen Reize. Dadurch ist eine Beziehung des Kindes zur Umwelt erst möglich, als auch die Herausbildung des Bewußtseins als Widerspiegelung des Seins (vgl. RUBINSTEIN, 1971). Mit anderen Worten wird durch die reflektorische Tätigkeit des Kortex die Bedeutung der Reize für die Bedürfnisse des Kindes überprüft und nach der Prüftätigkeit (Analyse etc.) an den motorischen Apparat weitergegeben. Dabei entsteht,rein physiologisch gesehen, ein Wechsel der Grundprozesse von Erregung und Hemmung auf dem Kortex, die jeweils der Aufgabe untergeordnet sind, die sich dem Kind stellen und durch die es seine Beziehung zu den Lebensbedingungen verwirklicht. Es ist also ersichtlich, daß die psychischen Erscheinungen die Widerspiegelung der auf das Gehirn einwirkenden Realität sind, d.h., sie sind durch die äußeren Bedingungen determiniert. LENIN stellt dazu fest: "Der Mensch würde sich nicht biologisch einer Umgebung anpassen können, wenn seine Empfindungen ihm nicht eine objektive, richtige Vorstellung von dieser Umgebungen gäben" (LENIN, 1962, 175, zit. nach LEONTJEW, 1973).

Bei der Entwicklung darf nicht vergessen werden, daß sie notwendig auch ein bestimmtes körperliches Entwicklungsniveau voraussetzt, d.h., daß es sich hier um einen dialektischen Prozeß von Reifung und Lernen handelt.

Nach diesen expliziteren Erläuterungen sollen noch einmal - wie oben angekündigt - die Relationen, in denen der Säugling bzw. das Kind steht, näher beschrieben werden.

1. Organismus-Umwelt-Relation

Hierunter ist die Wechselbeziehung der autonom verlaufenden vegetativen Regelkreise, die zeitweilig an bewußte Afferenzen gekoppelt werden, zu verstehen. Diese Koppelung entsteht durch die Umwelteinflüsse, zum Beispiel Erbrechen bei kleinen Säuglingen, die in einem negativen emotionalen Klima leben. Dabei sind beim Säugling die Emotionen eng mit dem Zyklus der organischen Bedürfnisbefriedigung gekoppelt. Die Verhaltensweisen, die zu der Befriedigung für den Säugling führen, sind gesellschaftlichen Normierungen unterlegen, wie zum Beispiel eine Zeitlang die Ansicht vertreten wurde, daß das Kind nur in bestimmten Zyklen seine organischen Bedürfnisse befriedigt bekommen sollte. Durch diese gesellschaftlichen Normierungen findet ein Lernprozeß beim Säugling statt, "dergestalt können die zwar zunächst diffusen, aber potentiell mannigfaltigen Gefühle des kleinen Kindes normgemäß spezialisiert und in bestimmte Bahnen gelenkt, kanalisiert werden. So wird in einem langen Prozeß über die Steuerung des Verhaltens auch die Gefühlsstruktur der Heranwachsenden verändert" (HIEBSCH & VORWERG, 1972, 66). Es werden hier also bestehende Regulationseigentümlichkeiten modifiziert.

2. Die Subjekt-Objekt-Relation

Auf dieser Ebene agiert der Mensch nicht nur als Organismus, sondern zugleich "als Subjekt des Handelns und Erkennens, sowohl der Natur als auch den von Menschen produzierten Objekten gegenüber" (HIEBSCH & VORWERG, 1972, 67). Auf dieser Ebene vollzieht sich die Dialektik von Vergegenständlichung und Aneignung. So entwickelt sich beim Kind sein Wahrnehmungsvermögen aufgrund seines

ziemlich praktischen Umgangs mit den Objekten seiner Wahrnehmung. Dies ist bei der Herausbildung aller fünf Sinne zu verzeichnen, da es sich bei allen um einen gesellschaftlichen Aneignungsprozeß handelt, was sich in dem obigen Beispiel der Wahrnehmung in der Art als auch in dem was wahrgenommen wird, niederschlägt. Das Paradebeispiel ist hier, daß Kinder der Unterschicht, Geldstücke oder Scheine überschätzen, da sie eine andere gesellschaftliche Bedeutung für sie haben (BRUNER & GOODMAN, 1947). Durch diese praktische Aneignung entwickelt sich auch die theoretische Aneignung. Dabei bedürfen beide eines sozialen Mittlers, aber speziell die letztgenannte. Dabei spielt die Bildung der Sprache eine bedeutende Rolle, da sie es erst ermöglicht, eine theoretische Abstraktion zu leisten. Die Sprache ist das wirkliche Bewußtsein, da es durch sie erst möglich ist, das Bewußtsein auch für andere als existent erkenntlich zu machen. Die Entwicklung der Persönlichkeit kann folgendermaßen zusammengefaßt werden: "Auf der Ebene der Wechselwirkung zwischen dem Menschen als dem Subjekt des Handelns und Erkennens mit der objektiven und gesellschaftlich objektivierten Welt entstehen die inneren Bedingungen der Person, deren Ensemble die 'Persönlichkeit' ausmacht, vor allem durch den Prozeß der Sozialisation, der durch die Dialektik von Vergegenständlichung und Aneignung gekennzeichnet ist" (HIEBSCH & VORWERG, 1972, 72).

3. Persönlichkeits-Gesellschafts-Relation

Auf dieser Sozialisationsebene eignet sich das Individuum die Existenz seiner Klassenlage, die Wertvorstellungen der Gesellschaft, die Rollenvorstellungen etc. an.

Wie aus diesem Abschnitt herauszukristallisieren ist, ist der Aneignungs- und Vergegenständlichkeitsprozeß stark bestimmend für die Entwicklung des Kindes, so daß es hier wesentlich erscheint, noch etwas näher auf die Entwicklung des kindlichen Spiels einzugehen.

10.2. Das kindliche Spiel

Im Kleinkindalter bildet sich die gegenständliche Handlung des Kindes heraus, durch die es sich die gesellschaftlichen Verfahren der Gegenstände aneignet (vgl. LAUNER, 1970; ELKONIN, 1967). Dabei sind die Handlungen des Kindes in den ersten Monaten durch eine Nichtspezifität gekennzeichnet, zum Beispiel indem es wahllos nach allen Gegenständen, die seine Aufmerksamkeit erregen, greift und erst durch die Anleitung der Umwelt lernt, spezifische Handlungen auszuführen, zum Beispiel den Ball nicht in den Mund zu nehmen, sondern ihn rollen zu lassen. Mit der Entwicklung der spezifischen Handlung eignet sich das Kind auch den kulturellen Gebrauch des Gegenstandes an.

Das Spiel ist deswegen für das Kind so bedeutend, da es sich aktiv handelnd die Wirklichkeit aneignet und ihm das Spiel weiterhin die Möglichkeit bietet, sich auch den Teil der Wirklichkeit anzueignen, der ihm durch seine noch geringen Operationsmöglichkeiten im Gegensatz zum Erwachsenen vorbehalten ist. Diese Aneignung vollzieht sich primär im Rollenspiel, in dem das Kind die Handlungen der Erwachsenen nachvollziehen kann. Durch die Fähigkeit des Kindes, die Aneignung der Wirklichkeit durch das Spiel zu erreichen, handelt es auch immer sozial und real, auch wenn die Handlungen innerhalb des Spiels eine Verallgemeinerung darstellen. So wird das Kind das Autofahren an einem

Klötzchen nachahmen aber nicht das Autofahren des X. "Das Kind dringt im Laufe seiner Entwicklung aktiv in die Welt der menschlichen Beziehungen ein und eignet sich - zunächst in konkreter und tätiger Form - die gesellschaftlichen Funktionen der Menschen sowie die gesellschaftlich erarbeiteten Normen und Verhaltensregeln an" (LEONTJEW, 1973, 363).

Das Spiel nimmt also eine Hauptposition in der Entwicklung des Kindes ein, da das Kind hierdurch die gesellschaftlichen Normen, Motive etc. lernt und somit auch den Mechanismus der Verhaltenssteuerung und -unterordnung unter bestimmte Verhaltensregeln. Gleichzeitig beeinflußt das Spiel - die aktive Aneignung der Wirklichkeit - primär die Herausbildung der Sprache und des Denkens (vgl. ELKONIN, 1967, 155ff.). Es ist nun die Frage, wie die etappenweise Herausbildung des Spiels vor sich geht, wobei zwei Aspekte besonders zu berücksichtigen sind, und zwar das Rollenspiel und die Entwicklung der Arbeitstätigkeit, die eine wesentliche Voraussetzung für die Übernahme der gesellschaftlichen Arbeit in der Schule und dem Beruf ist und deren Entwicklung im Vorschulalter initiiert werden sollte.
Die weitere Darstellung erfolgt in Anlehnung an LAUNER (1970, 36ff.).

Wie schon aufgezeigt worden ist, erfolgt die Entwicklung der gegenständlichen Handlung über den Mittler "Erwachsener", wodurch eine Umwandlung der nicht spezifischen Handlung des Kindes in eine spezifische Handlung erfolgt. Dabei beherrscht das Kind anfänglich die Handlung gebunden an den Gegenstand, bei dem es die Handlung mit dem Erwachsenen erprobt hat. Im weiteren Verlauf der Entwicklung erfolgt eine Loslösung der Handlung vom Gegenstand und es erfolgt eine Über-

tragung der Handlung auf gleichartige Gegenstände. In dieser Zeit werden auch Handlungen mit realen Gegenständen des täglichen Gebrauchs auf das Spielzeug übertragen und dieses dient dann als Nachbildung, wie zum Beispiel ein Stöckchen die Spritze beim Arztspiel ersetzen kann. Im weiteren Verlauf der Entwicklung bezieht das Kind die Handlungen auf sich selbst und begreift sich als aktiv handelnde Person ("ich will das alleine machen").

Diese etappenweise Entwicklung des Spiels hängt von dem Erwerb neuer Fähigkeiten des Kindes ab. Anfänglich benötigt das Kind bei seinen ersten Handlungen noch notwendig eine visuelle Orientierung, zum Beispiel es sieht, wie der Ball rollt und benutzt den Gegenstand in der vorgemachten Handlungsweise. Mit Erwerb der Sprache ist es dem Kind möglich, nicht nur aufgrund seiner Wahrnehmung der Gegenstände Handlungen auszuüben, sondern auch aufgrund von Aufforderungen der Erwachsenen.

Mit Beginn der Nachahmung der Handlungen der Erwachsenen übernimmt das Kind die gesellschaftliche Erfahrung der Erwachsenen. Dabei ist dem Kind nicht bewußt, daß diese Handlungen ähnlich denen des Erwachsenen sind und der Erwachsene muß es erst darauf aufmerksam machen. "Je nach den Bedingungen, unter denen sich die Nachahmungshandlungen vollziehen, führen sie zur Herausbildung neuer Tätigkeits- und Bewußtseinsstrukturen" (LAUNER, 1970, 40). Das heißt, daß die Handlung mit Gegenständen die Voraussetzung für die Entwicklung neuer Handlungsstrukturen und neuer Formen der Tätigkeit ist. Dabei entsteht das Rollenspiel aus dem Bedürfnis des Kindes, sich in das Leben des Erwachsenen einzuschalten und dadurch wird seine Beziehung zum Leben der Erwachsenen aktiver und unabhängiger vom unmittelbaren Anleitungen der Erwachsenen.

Im Rollenspiel wird die Beziehung der Menschen untereinander zum Gegenstand der Erkenntnis des Kindes, da sowohl die Handlung von denen außerhalb des Spiels existierender Personen getrennt, als auch die Handlung von den Gegenständen losgelöst wird, mit denen sie in Wirklichkeit verbunden sind (zum Beispiel der Stock wird im Arztspiel zur Spritze). Die Beziehungen, die die Kinder während des Spiels miteinander eingehen, sind dabei von den gesellschaftlichen Normen geprägt, die ihnen durch ihre soziale Umwelt vorgelebt werden. Wesentlich ist dabei, daß durch die Korrektur der Mitspieler oder Erwachsenen das Verhalten jeweils - entspricht es nicht den moralischen Vorstellungen (zum Beispiel ein Arzt darf nicht brüllen) - korrigiert wird und sich das Kind somit nicht nur gedanklich, sondern auch praktisch die Normen aneignet. Das Rollenspiel ist also der primäre Faktor, über den sich das Kind hinsichtlich seines sozialen Bewußtseins entwickelt. Dabei besteht im Rollenspiel eine Erleichterung für das Kind, die Forderungen, die mit der jeweiligen Rolle verbunden sind, zu akzeptieren, wohingegen es ihm bei den Forderungen, die durch die Erwachsenen an es herangetragen werden, schwerer fällt. Hat zum Beispiel ein Bagger eine hohe Attraktivität für ein Kind und der Erwachsene erklärt ihm, daß er diesen im Augenblick nicht haben könnte, da ein anderer damit spiele, fällt es dem Kind schwerer, dieses Gebot einzuhalten als wenn das Spiel "Bauplatz" gespielt wird und er auf seine Rolle verwiesen wird, daß er Maurer und nicht Baggerführer sei und somit auch den Bagger nicht bekommen könnte.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt des Rollenspiels ist es auch, daß das Kind eigene Entscheidungen innerhalb des Spiels treffen kann, wohingegen im sonstigen Bereich Forderungen der Erwachsenen an das Kind heran-

getragen werden. Somit ist es dem Kind möglich, im Rollenspiel die Selbstkontrolle und Selbstregulation des eigenen Verhaltens zu entwickeln. Es scheint überflüssig hier zu erwähnen, daß das Kind für das Rollenspiel "vorgelebtes soziales Verhalten" benötigt, um überhaupt nachahmen zu können, und das Rollenspiel beruht - wie viele neue Ideen und Tätigkeiten auch vom Kind selbst entwickelt werden mögen - auf der Nachahmung.

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt neben dem Spiel ist das Bestreben des Kindes, an den Handlungen der Erwachsenen teilzunehmen, die es ihm ermöglichen, an dem Leben der Erwachsenen aktiv teilzunehmen (vgl. auch ELKONIN, 1967). Dies beinhaltet die erste Arbeitstätigkeit des Kindes, da es mit dem Erwachsenen ein gemeinsames Ziel verfolgt, was wiederum der gemeinsamen Bedürfnisbefriedigung dient. Auch hier darf nicht übersehen werden, daß diese erste Arbeitstätigkeit des Kindes vom Erwachsenen im Ziel, Mittel und Resultat initiiert und gefördert wird. Das heißt, daß im Vorschulalter die Bedingungen durch die Erwachsenen geschaffen werden, damit sich die Arbeit als Form der Tätigkeit herausbilden kann. In diesem Prozeß ist es notwendig, daß das Kind sich dahingehend entwickelt, daß es anhand der gesellschaftlichen Notwendigkeiten das Ziel, die Mittel zur Erreichung des Ziels und das Resultat entwickeln kann. Dabei ist die Tätigkeit stark abhängig von den Motiven und es ist wichtig, daß die Kinder Motive lernen, die die Nützlichkeit ihrer Verrichtungen für die ganze Gruppe implizieren. Hier hilft eine Gruppenarbeitsstruktur (zum Beispiel das Kind lernt, nicht aus dem Grunde zu handeln, weil es dann Lob vom Erzieher bekommt, sondern weil seine Tätigkeit, zum Beispiel Tischdecken für die ganze Familie nützlich ist. Dabei kann auch die Erweiterung

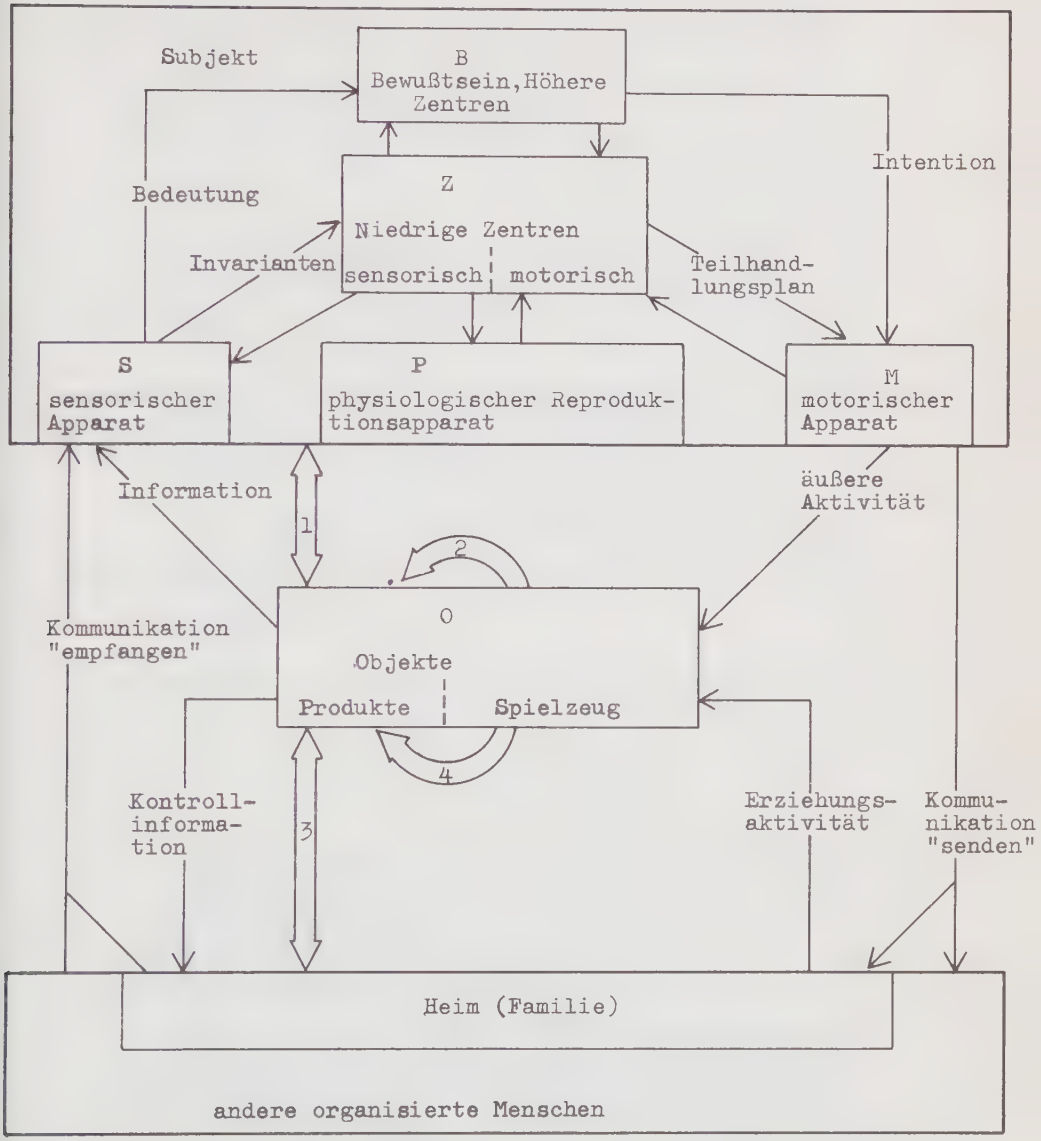
des Ziels, der Mittel und des Resultats etappenweise gut eingeübt werden).

Gleichzeitig neben dieser etappenweisen Spielentwicklung entwickelt sich das Bedürfnis nach Selbständigkeit beim Kind, die sich aus der Erfahrung des Kindes, die es über die Wirklichkeit gewonnen hat, entwickelt. Dies wird deutlich, wenn man das Rollenspiel und die erste Arbeitstätigkeit des Kindes hinsichtlich des Bewußtseinsgrades vergleicht, daß das Rollenspiel primär auf der Nachahmung beruht und die erste Arbeitstätigkeit des Kindes eine höher entwickelte Bewußtheit impliziert, das heißt, das Kind ist selbständiger geworden.

11. ENTWICKLUNG EINES ERKLÄRUNGSMODELLS DES DEPRIVATIONSSYNDROMS

Das folgende Modell wurde aus dem Buch von STADLER, SEEGER & RAEITHEL (1975a) entnommen und dient dort der Erklärung der Aneignung von Produktionsabläufen. Es soll hier auf die bestehende Fragestellung des Deprivationssyndroms übertragen werden. Dafür werden die beiden Abbildungen auf Seite 59/65 zu einem Schema vereinigt und leicht abgewandelt, um der Fragestellung gerecht werden zu können.

Abb. 3: Psychologisch-kybernetisches Modell der individuellen Aneignung:



Es handelt sich dabei um drei Aspekte, die bei der Entwicklung des Kindes beachtet werden müssen,und zwar zum einen das Kind, die Objekte seiner Umgebung und die Familie, die in ihren gesellschaftlichen Bezugsrahmen eingebettet ist. Dabei stehen diese drei Aspekte nicht isoliert nebeneinander, sondern in Wechselbeziehung zueinander und beeinflussen sich daher.

Es sollen hier nur kurz die eingezeichneten Pfeile 1 - 4 erläutert werden, da diese Beziehungen nicht unmittelbar wahrnehmbar sind, sondern theoretisch erschlossen sind.

Pfeil 1: Stoffwechsel des Individuums mit der Natur

Diese Stoffwechselaktivität dient dem lebenden System sich im Gleichgewicht zu halten.

Pfeil 2: Einfache Verwendung von Objekten

Das Kind baut zum Beispiel aus Klötzchen einen Turm und schafft somit ein Produkt.

Pfeil 3: Gesellschaftlicher Stoffwechsel des Menschen mit der Natur

Die gesellschaftliche Aneignung der Natur durch den Menschen.

Pfeil 4: Der gesellschaftliche Produktionsprozeß

Es wird die gesellschaftlich-historisch determinierte Art des Umgangs mit Objekten und die Herstellung von Produkten aufgezeigt.

Es soll nun betrachtet werden, welche Prozesse sich abspielen, wenn ein Kind im Heim seines gesellschaftlichen Bezugs beraubt ist. Es wurde weiter oben auf-

gezeigt, daß das Kind in der Anfangszeit stark von seinem physiologischen Gleichgewicht bzw. Ungleichgewicht beeinflußt wird und diese Bedürfnisse nur durch die Erwachsenen seiner Umgebung befriedigt werden können. Schon die soziale Kontaktaufnahme kann zum Beispiel bei Hunger eine Befriedigung darstellen. So beruhigt sich das Kind, wenn es vor Hunger schreit, wenn man es auf den Arm nimmt ohne das physiologische Defizit zu befriedigen. Das bedeutet, daß ein Kind schon als Säugling ein soziales Wesen ist, da es nicht nur auf die physiologische Befriedigung angewiesen ist, sondern auch auf die Befriedigung des sozialen Kontaktes. Neben der Unfähigkeit des Säuglings, seine eigenen Bedürfnisse selbst zu befriedigen, bedarf der Säugling auch in der Aneignung des Objektbereichs der Hilfe der Erwachsenen. Neben diesen Aspekten der sozialen Determiniertheit des Kindes ist es auch wesentlich den Aspekt zu betrachten, daß der Säugling von sich aus aktiv ist und somit auch erst die Möglichkeit für die gesellschaftliche Determinierung gegeben ist.

An einigen wesentlichen Erscheinungen des Deprivationssyndroms soll nun anhand des Modells aufgezeigt werden, wie diese sich entwickeln.

Als erstes soll die Frage gestellt werden, wieso deprivierte Kinder, wenn sie in eine soziale Umgebung kommen, nicht mehr auf die Menschen ihrer Umgebung reagieren.

Die ersten Unlustgefühle hat der Säugling, wenn er hungrig oder durstig ist. Dieses Defizit wird vom physiologischen Apparat an die niedrigen Zentren weitergeleitet, da immer das Bestreben vorliegt, ein relatives Gleichgewicht zu haben. Dieses physiolo-

gische Defizit wird nun in einen motorischen Teilhandlungsplan umgewandelt und weiter an den motorischen Apparat geleitet. Hier findet eine Kodierung des Handlungsplans statt und wird dann an die Umwelt abgesendet. In dem vorliegenden Beispiel wird das Kind den Hunger durch die motorische Reaktion "Schreien" absenden, das heißt, es gibt eine Information an die Umwelt ab. Nun wird von der Umwelt im Heim auf dieses Schreien nicht reagiert und das Kind bekommt die Information, daß seine Umwelt nicht reagiert. Diese Information erreicht das Kind über seinen sensorischen Apparat, indem es keine Signale aus seiner Umwelt wahrnehmen kann, das heißt, es wird registrieren, daß sein Schreien keinen Effekt hat. Diese Information wird über die niedrigen Zentren über die nicht bewußten Analyse- und Steuerungsprozesse geleitet und werden dort im Laufe der häufigen Wiederholung des "Nichtreagierens" der Umwelt zu einer Veränderung der Teilhandlungspläne führen. Das Kind wird auch weiterhin seine Defizite im physiologischen Bereich registrieren, jedoch hat es gelernt, daß sein Schreien nicht zur Befriedigung seiner Bedürfnisse führt und das Schreien als Handlung tritt nicht mehr auf. Dieser Lernprozeß ist die erfolgende Sozialisation in einer deprivierten Situation, in die das Kind im Heim gestellt wird. Dieser Handlungsplan "nicht zu handeln" ist einer der Probleme, mit denen sich die Adoptiveltern konfrontiert sehen. Hier müssen neue Lernprozesse die alten auflösen (im marxistischen Sinne), indem die Aufnahme von Kommunikation langsam geschult werden muß, da der sensorische Apparat bisher nicht genügend für die Informationsaufnahme geschult worden ist (so kann sich die optische Wahrnehmung nur herausbilden, wenn das Auge optische Anhaltspunkte erhält).

Eine weitere Verhaltensstörung der deprivierten Kinder ist, daß sie Verhaltenssteriotypen zeigen wie Kopfschlagen oder sich ständig wiederholende Fingerbewegungen. Das Kind ist ein Organismus der in Bewegung ist und diese Energien treten im Bewegungsverhalten nach außen. Da die Kommunikation mit den Menschen der Umwelt nicht existiert, fängt das Kind an, seine Aktivität in ihm möglichen Aktivitäten abzuleiten, indem es mit dem Kopf schlägt (zu Bewegungen wie greifen oder sitzen lernen, braucht das Kind wiederum Erwachsene, um lernen zu können). Etwas vergröbert ausgedrückt, versucht das Kind dadurch zum einen seine Aktivität abzuleiten und sich zum anderen durch diese motorische Aktivität seinen sensorischen Apparat zu stimulieren. Man könnte diesen Aktivitätskreislauf unter Ausschluß der Umwelt auch im physikalischen Sinne als Kurzschluß bezeichnen.

Ein weiterer wesentlicher Faktor in der Entwicklung der deprivierten Kinder ist auch, daß sie keine Möglichkeit haben, mit Objekten operieren zu lernen und dadurch auch keine Möglichkeit haben, sich den gesellschaftlichen Gehalt und die Kultur im Umgang mit diesen Dingen anzueignen. Neben dem Fehlen von Spielzeug in Heimen, würden die Kinder durch die fehlende Beschäftigung der Erwachsenen mit dem Kind und den Objekten auch nicht befähigt sein, die Gegenstände gesellschaftlich richtig zu handhaben.

Da die Aneignung von Handlungen mit Objekten die Voraussetzung für das Imitationslernen ist (s. LAUNER, 1970), ist es dem Kind auch nicht möglich, bei Fehlen des Objektbereichs sich über die Nachahmung die Normen, Werthaltungen, Vorstellungen und Tabus etc. anzueignen. Sehr wesentlich ist in diesem Zusammenhang auch das geringe Erlernen der Sprache, die das Bewußtsein im

starken Maße mit bildet. Das Kind ist also im starken Maße im Heim der gesellschaftlichen Lernmöglichkeiten beraubt.

Geht man von MARX (1953) aus, daß das Sein das Bewußtsein schafft und dieses nie etwas anderes sein kann als das bewußte Sein, so ist erklärlich, daß so viele Kinder im Heim gestorben sind und auch die Sterbequote noch immer höher liegt als in der übrigen Bevölkerung, da das Kind ohne gesellschaftlichen Bezug (das Sein) nicht lebensfähig ist und sich auch das Bewußtsein - das Kriterium des Menschen im Gegensatz zum Tier - nicht herausbilden kann, da dieses gesellschaftlich determiniert ist.

Die oben angeführten Beispiele wurden an extremen Verhältnissen aufgeführt, da dies eine Erleichterung in der Erklärung bot, jedoch läßt sich dieses Grundprinzip auf jede Verhaltensschwierigkeit übertragen, da der Mensch gesellschaftlich determiniert ist, wobei im konkreten Fall dieser Prozeß der Aneignung so komplex ist, daß nicht immer alle einzelnen Faktoren, die zu einer Verhaltensschwierigkeit geführt haben, aufgefunden werden können.

12. ENTWICKLUNG EINES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG DES DEPRIVATIONSSYNDROMS

12.1. Zusammensetzung des Fragebogens

Innerhalb der Literatur existiert kein Fragebogen oder eine Auflistung aller zu beobachtenden Indikatoren des Deprivationssyndroms, sowie es auch keinen Beobachtungsbogen für Pfleger in den Heimen für diese Verhaltensauffälligkeiten gibt, an den sich der für die Untersuchung benötigte Fragebogen hätte anlehnen können. Von daher stellte sich erst einmal die Aufgabe, die einzelnen Indikatoren des Deprivationssyndroms zu erfassen und diese dann unter der Vermeidung der Fehler, die sich bei der Erstellung des ersten Fragebogens ergaben, zusammenzustellen.

Zusammengestellt wurde der Fragebogen primär in Anlehnung an die Beschreibung des Deprivationssyndroms bei SPITZ (1973,. 1945, 1967); MEIERHOFER & KELLER (1966); DÜHRSSEN (1969). Weiterhin wurden für die Merkmale des sozialen Verhaltens folgende Fragebogen mit verwandt:
The Child Behavior Rating Scale by Russell N. Cassel, Progress Assessment Chart I of sozial Development (PAC Form I) und der P PAC (siehe Anhang A 2 a).

Da der negative Aspekt bei der schriftlichen Abfragung von Verhaltensschwierigkeiten mit in Betracht gezogen werden mußte, wurden einige Fragen offen gestellt und nicht direkt nach der Einzelsymptomatik gefragt, wodurch natürlich auch die Gefahr bestand, daß nicht das für die Untersuchung interessierende Symptom wirklich angegeben wurde.

Bei der Beantwortung des Fragebogens hatten die Eltern die Anweisung, jede Frage einmal hinsichtlich des An-

fangszustandes der Verhaltensschwierigkeit zu beantworten und einmal hinsichtlich des jetzigen Verhaltens, um somit - auch wenn nicht explizit und sehr subjektiv - Veränderungen im Verhalten ermitteln zu können. [Fragebogen siehe Anhang A 2 b]

12.2. Auswahl der Stichprobe

Die Stichprobe, an die der Fragebogen verschickt werden sollte, wurde unter folgenden Kriterien ausgewählt:

1. Die Kinder sollten nicht jünger als ein Jahr alt sein, damit sie schon im Kleinkindalter sind und somit auch schon Aussagen über Störungen im Sozialbereich genauer erfaßt werden können.

2. Die Kinder sollten nicht älter als 4 1/2 Jahre sein, damit sie nicht während der Untersuchungszeit von einem 3/4 Jahr in die verändernde Schulsituation eintreten.

3. Der Kummulationspunkt der Adoptionen fällt in die Altersgruppe der 30 - 40jährigen Eltern. Dieser Bereich wird deshalb als Altersspanne für die Eltern angestrebt.

4. Der Kummulationspunkt der Familiengröße bei den Adoptionen liegt bei einer Familiengröße von vier bis fünf Familienmitgliedern. Diese Bedingung soll daher ebenfalls für die in die Stichprobe aufgenommenen Kinder angestrebt werden.

Das Hauptkriterium liegt dabei bei der Altersbegrenzung der zu untersuchenden Kinder, da ein Schuleintritt völlig neue Bedingungen innerhalb der Untersuchung bedeuten würde.

Der Fragebogen wurde an 120 Eltern verschickt, deren Adressen aus den beiden Terre des Hommes Mappen (1973/74) und den Transportlisten entnommen worden sind.

12.3. Auswertung des Fragebogens

Die Rücklaufquote betrug nur 33 % (40 Fragebogen), was innerhalb von Fragebogenaktionen ein normaler Wert ist, jedoch hier sehr erstaunt, da die Eltern bei dem sehr viel umfangreicheren Fragebogen der ersten Erhebung 124 Fragebogen, das heißt, 75 % zurücksandten. Ein möglicher Grund könnte in der Thematik des Fragebogens liegen, der es mit sich bringt, daß ganz konkret nach Schwierigkeiten gefragt werden mußte und dies eine aversive Situation für die Eltern war. Dafür würde auch sprechen, daß trotz zweimaligen Nachsendens des Fragebogens mit einer neuen Aufforderungsmotivation, nur drei weitere Fragebogen zurückgesandt wurden und die übrigen Eltern sich weiterhin nicht äußern wollten. Es ergibt sich daraus zwangsläufig, daß die vorliegenden Fragebogen schon eine positive Auslese darstellen.

Anhand der Angaben war leider eine Aufsplittung des kindlichen Verhaltens in eine frühere Symptomatik und in eine heutige nicht zu leisten. Es stellt sich natürlich die Frage, wie eine sinnvolle Ermittlung der deprivierten Kinder zu leisten sei. Dafür wurden die einzelnen Symptome - unabhängig von der manchmal gegebenen Zeitangabe - pro Kind zusammengestellt, um dann erst im weiteren Untersuchungsverlauf abzuklären, welche Verhaltensweisen noch bestehen und wenn nicht, unter welchen Umständen und nach welchem Zeitraum sie

sich gelegt haben. Für die Auswahl wurden die einzelnen Symptomkomplexe der Kinder in eine Rangreihe gestellt und das Kind mit der ausgeprägtesten Symptomatik erhielt Rangplatz 1.

Da es für den weiteren Untersuchungsverlauf zum einen unrealistisch erschien, 40 Kinder in die Hauptuntersuchung aufzunehmen und zum anderen auch der Komplexitätsgrad der Störung zum Teil so gering und die Kinder somit auch für die Untersuchung nicht von Interesse waren, wurde ein Schnitt bei 20 Kindern gezogen. Durch diese geringe Versuchspersonenanzahl ist gleichzeitig gewährleistet, daß jedes Kind einer längeren Beobachtung unterzogen werden kann.

12.4. Darstellung der Befunde

Es soll im folgenden zuerst einmal die Auswertungspunkte dargestellt werden, die für die Auswahl für die Hauptuntersuchung interessant sind. Es wird dabei für die über die Verhaltensschwierigkeiten hinausgehenden Informationen der erste Fragebogen mit verwandt. Dabei werden im folgenden nur die Daten dargestellt, die für die ausgelesene Stichprobe für die Hauptuntersuchung in Frage kommen. Ausgelesen wurden 12 vietnamesische Kinder, davon 7 weibliche und 5 männliche, und 8 koreanische Kinder, jeweils 4 männliche und 4 weibliche.

12.4.1. Darstellung der Verhaltensschwierigkeiten

Die genannten Symptome werden hier nur auf der deskriptiven Ebene aufgelistet, da erst im weiteren Untersuchungsverlauf expliziter auf der Verhaltensebene auf die Störungen eingegangen werden soll.

Tabelle IV: Auflistung der Verhaltensstörungen der anhand des Hospitalismusfragebogens ausgelesenen Kinder

Verhaltensstörung	vietnamesische Kinder 12	koreanische Kinder 8
Schlafstörungen	9	7
Angst vor Liebesentzug	4	5
geringe Frustrationstoleranz bei Verboten	10	7
Gefühl des zu kurz kommens in der Familie	2	1
Baby spielen wollen	4	2
Apathie	7	6
Flugzeugangst	4	2
Geräuschängste	3	2
Angst vor Ärzten, Tieren	3	2
sonstige Ängste	4	5
Trennungsangst	6	2
emotionale Labilität	3	1
selbststimulierendes Verhalten (z.B. Kopfschlagen)	6	2
autoaggressives Verhalten (sich zerkratzen, Haare ausreißen)	1	2
Distanzlosigkeit Fremden gegenüber	2	2
Angst vor Fremden	2	1
einnässen/einkoten	2	1
starkes Liebesbedürfnis	3	1

mot. Unruhe	3	2
Veränderungsängste	1	4
Gegenstände immer auf die gleiche Art anordnen	1	3
Unfähigkeit, Gefahren einzuschätzen	1	1
fehlendes kooperatives Spielverhalten	1	1
Unfähigkeit der Alleinbeschäftigung	1	1
kein selbständiges Spielverhalten	1	1
Provokation durch verbotene Handlungen	2	1

Auffällig bei der Betrachtung der Verhaltensschwierigkeiten ist, daß sehr viele Kinder unter Schlafstörungen leiden (K 88 %, V 75 %). Stark ausgeprägt scheinen auch phobische Ängste zu sein, was aus der Einzelauflistung entnommen werden kann. Eine prozentuale Angabe ist hier nicht möglich, da manche Kinder unter mehreren Phobien zu leiden haben. Eine weitere Schwierigkeit bei der Eingliederung der Kinder in die Familien scheint die geringe Frustrationstoleranz der Kinder bei Verboten oder Wunschverweigerungen zu sein (V 83 %, K 88 %). Dieses Auflehnen einer Wunschverweigerung ist bei den einzelnen Kindern sehr verschieden geartet und beinhaltet eine verhaltensmäßige Bandbreite von Erstarren der Kinder bis zu 50minütigen Schreianfällen, bei denen sich die Kinder regelrecht in Trance schreien können.

Bei vielen Kindern ist auch zu beobachten, daß sie ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Zuwendung in der Familie haben (Liebesbedürfnis V 25 %, K 13 %; Trennungsangst V 50 %, K 25 %). Bekommen die Kinder die Zuwendung nicht in dem Maße, wie es anscheinend ihr Bedürfnis ist, reagieren sie mit dem Gefühl, in

der Familie im Gegensatz zu den anderen Familienmitgliedern zu kurz zu kommen (V 17 %, K 12 %) oder aggressiv, indem sie die Eltern mit verbotenen Handlungen zu provozieren versuchen (V 17 %, K 12 %). Dies kann natürlich an dieser Stelle der Arbeit nur eine Vermutung sein.

Die emotionale Unsicherheit der Kinder innerhalb der Familie - ob nur anfänglich oder dauerhaft, muß im weiteren Verlaufe der Untersuchung abgeklärt werden - wird in der Angabe deutlich, daß die Kinder Angst haben, die Zuwendung der Eltern verlieren zu können (V 33 %, K 63 %).

Eine Anfangsschwierigkeit im Verhalten der Kinder scheint für die Eltern die anfänglich auftretende Apathie zu sein (V 56 %, K 75 %), da die Kinder völlig desinteressiert auf jegliche Anregung aus der Umwelt reagieren. Dabei ist zu beobachten, daß die Kinder sich durch Verhaltensstereotypen selbst zu stimulieren versuchen (V 50 %, K 25 %), (siehe 11.) oder autoaggressiv reagieren (V 8 %, K 25 %).

Auffällig bei den Nennungen von Verhaltensschwierigkeiten ist weiterhin, daß einige Kinder nicht fähig sind, mit Spielobjekten umzugehen, oder nicht mit anderen zusammen im Spiel kooperieren können (V 25 %, K 38 %).

Diese Darstellung sollte nur kurz die Schwerpunkte der Verhaltensschwierigkeiten herauskristallisieren. Daher wird auch darauf verzichtet, jede Symptomnennung hier einzeln zu behandeln.

12.4.2. Aufenthaltsorte der Kinder in den Heimatländern

An dieser Stelle werden nur die durchschnittlichen Angaben über den Heimaufenthalt, Heimanzahl und Kombination von Heim und Pflegefamilie aufgeführt. Dabei werden unter Heimaufenthalt auch die Krankenhausaufenthalte gerechnet, da es unwahrscheinlich erscheint, daß die Kinder im Krankenhaus mehr Zuwendung und Beschäftigung seitens der Erwachsenen erfahren haben, auch wenn berücksichtigt werden müßte, daß die Ernährung im Krankenhaus wahrscheinlich besser gewesen sein könnte.

Die genauen Angaben pro Kind sind im Anhang zu finden (siehe Anhang 3).

Weiterhin wird ermittelt, wie lange die Kinder durchschnittlich im Heim und/oder in der Pflegefamilie waren.

Tabelle V: Aufenthaltsorte der Kinder im Heimatland

Aufenthaltsort	Anzahl der Kinder
1 Heim	3
2 Heime	7
1 Heim + Pflegefamilie	1
ohne Angabe	1

56 % der Kinder haben also zwei Heimaufenthalte erlebt, ehe sie in die Familie kamen.
Durchschnittlich lebten die Kinder vor ihrer Adoption ein Jahr im Heim.

Tabelle VI: Aufenthaltsorte der Kinder im Heimatland Korea

Aufenthaltsort	Anzahl der Kinder
1 Heim	2
2 Heime	1
1 Heim + Pflegefamilie	4
ohne Angabe	1

Durchschnittlicher Heimaufenthalt der Kinder war acht Monate. Die Kinder, die gleichzeitig auch einen Pflegefamilienaufenthalt miterlebten, hielten sich durchschnittlich sechs Monate in der Pflegefamilie auf.

Auffällig beim Vergleich zwischen vietnamesischen und koreanischen Adoptivkindern ist zum einen, daß die koreanischen Kinder häufiger vom Heim vor der Adoption noch in einer Pflegefamilie lebten und daß sie zum anderen kürzer im Heim lebten (vier Monate). Anscheinend haben die Familienaufenthalte jedoch keinen positiven Einfluß auf die Kinder gehabt, da sie in die Stichprobe mit aufgenommen worden sind (siehe Anhang A 3).

12.4.3. Alter der Adoptivkinder

Zum ersten Hauptuntersuchungstermin am 1.11.1974 betrug das Durchschnittsalter der Kinder 3,3 Jahre. Dabei ist festzustellen, daß die koreanischen Kinder durchschnittlich um sechs Monate älter waren als die vietnamesischen Kinder. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten die Kinder durchschnittlich 2,2 Jahre in der Familie. Obwohl die koreanischen Kinder älter sind als die vietnamesischen Kinder, lebten die vietnamesischen Kinder durchschnittlich acht Monate länger in der Familie als die koreanischen, was darauf hinzuweisen scheint, daß die vietna-

mesischen Kinder in einem jüngeren Alter vermittelt werden (siehe Anhang A 4).

12.4.4. Familiengröße und -zusammensetzung

Auffällig ist bei der Stichprobe, daß sechs Familien (30 %) nur Adoptivkinder haben und daß sieben Familien (35 %) zwei Adoptivkinder in die Familie aufgenommen haben. Bei zwei Familien (10 %) sind die Adoptivkinder die einzigen Kinder der Familie. Elf Familien (55 %) haben zusätzlich zu dem Adoptivkind ein oder mehrere leibliche Kinder.
Der Kumulationspunkt der Familiengröße liegt - wie angestrebt - bei vier bis fünf Familienmitgliedern (75 %), (siehe Anhang A 5).

12.4.5. Altersunterschied der Adoptivkinder zu den Geschwistern

Der Altersabstand zu den nächst älteren Kindern beträgt bei fünf Kindern (25 %) noch nicht einmal ein Jahr, bei sieben Kindern (35 %) ein Jahr, bei drei Kindern (15 %) drei Jahre und bei zwei Kindern (10 %) über sieben Jahre. In dieser Ermittlung sind nur 17 Familien aufgenommen, da in zwei Familien nur die Adoptivkinder leben und eine andere Familie nach der Adoption noch ein leibliches Kind bekommen hat. Diese letztere Familie bildet eine Ausnahme, da sie zuerst ein Kind adoptiert haben und dann erst ein leibliches Kind bekommen haben. Eine weitere Ausnahme bildet eine Familie, in der das untersuchte Adoptivkind das mittlere Geschwister ist (siehe Anhang A 6a).

12.4.6. Geschlecht der Adoptivkinder in Beziehung zu den Geschwistern

Neun Kinder (45 %) sind im Geschlecht unterschiedlich zu den nächst älteren Geschwistern und acht Kinder (40 %) sind gleichgeschlechtlich. Hier werden auch wiederum die Familien nicht berücksichtigt, die nur ein Adoptivkind haben, oder deren leibliche Kinder jünger sind, da sich der Geschlechtswunsch der Eltern primär nach den Geschwistern ausrichtet (siehe Anhang A 6b).

12.4.7. Sozioökonomische Daten

12.4.7.1. Berufe der Eltern

Die berufliche Ausbildung bei den Vätern liegt primär im akademischen Bereich (60 %), wobei der hohe Anteil an Lehrern auffällt (40 %). Eine Fachhochschulausbildung haben 30 % der Väter und nur 10 % haben eine sonstige Ausbildung wie zum Beispiel Lehre.

Auch bei den Müttern ist ein hoher Prozentsatz (40 %) an akademischer Ausbildung zu verzeichnen, wobei auch hier auffällig ist, daß 35 % auf die Berufsausbildung des Lehrers entfallen. Gleichzeitig ist jedoch auch zu verzeichnen, daß ein relativ hoher Prozentsatz der Mütter keine Berufsausbildung (20 %) haben. 15 % der Mütter haben eine abgeschlossene Fachschulausbildung und 20 % eine abgeschlossene Lehre (siehe Anhang A 7a).

12.4.7.2. Altersverteilung der Adoptiv-Eltern

Tabelle VII: Altersverteilung der Adoptiv-Eltern

Alter in Jahren:	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50
Vater	2	5	3	5	4	1
Mutter	1	4	6	7	1	1

In der Altersgruppe von 26-35 liegen 40 % der Väter und 50 % der Mütter. In der Altersklasse von 36-45 liegen 45 % der Väter und 40 % der Mütter. Adoptionen überhalb oder unterhalb dieser Altersgrenze treten kaum auf.

Sonstige sozioökonomische Daten, die hier jedoch von geringer Relevanz zu sein scheinen, sind zusätzlich im Anhang A 7b zu finden.

13. AUSWAHL EINES VERHALTENSVERÄNDERUNGSMODELLS

Es stellt sich nun die Frage, wie Verhaltensweisen, die noch durch die Heimerfahrungen bestehen bzw. Verhaltensweisen, die sich innerhalb der Familieneingliederungszeit herausgebildet haben, am effektivsten und ökonomischsten bei den Kindern angegangen werden können. Dabei muß von dem Erklärungsmodell gefordert werden, daß es

1. eine Diagnose ermöglicht
2. die Modifikation des Verhaltens ermöglicht.

Weiterhin muß ein Modell folgende Ansprüche erfüllen:

1. Der Versuchsleiter kann aus zeitlichen Gründen nicht kontinuierlich Therapeut sein.
   - Daraus folgt: Die Mutter muß in der Lage sein, die theoretischen Grundzüge in Eigenregie durchzuführen.

Das wiederum hat zur Folge, daß das theoretische Modell

1. leicht verständlich sein muß
2. leicht erlernbar sein muß
3. leichte Eigenkontrollmöglichkeiten für die Mutter besitzt
4. überschaubare und handliche Anweisungen möglich sind.

Allen diesen Anforderungen scheint die Verhaltenstherapie am besten zu genügen. Bei allen anderen Therapieformen ist ein mehr oder weniger großer Anteil der Kriterien nicht abgedeckt: Die Gesprächstherapie scheint ungeeignet, da in ihrem theoretischen Konzept schon keine Diagnose vorgesehen ist; die Psychoanalyse

beschäftigt sich primär mit intrapsychischen Prozessen; bei den verschiedenen Kommunikationsmodellen, die zu therapeutischen Zwecken verwandt werden, geht es vorwiegend um Interaktionen zwischen gleichberechtigten Partnern.

Weiterhin haben die lerntheoretischen Prinzipien, auf denen die Verhaltenstherapie aufbaut, den Vorteil, daß ihre Paradigma

1. dem normalen Erziehungsverhalten sehr ähnlich sind. Durch das Bewußtmachen der Ähnlichkeit zwischen der Theorie und dem praktischen Verhalten der Eltern ergibt sich der Vorteil, daß die Eltern ein geringes Training benötigen, um die therapeutischen Anweisungen ausführen zu können. Das Aufzeigen der lerntheoretischen Grundlagen ermöglicht es, daß jemand "der sich einer Theorie bewußt wird, ihr dadurch nicht länger unterworfen ist, sondern es ihm freisteht, sich über sie hinwegzusetzen" (HOWARD, 1971, zit. nach WATZLAWICK, 1974, 124).

2. Weiterhin können die Eltern aufgrund der Einsicht in die Zusammenhänge zwischen ihrem eigenen Verhalten und dem des Kindes ihr neu erworbenes Verhaltensrepertoire auf andere zukünftig auftretende Verhaltensschwierigkeiten generalisieren.

13.1. Die Diagnostik in der Verhaltenstherapie

Nachdem die Entscheidung hinsichtlich der Praktikabilität und der Effektivität bei den bestehenden Untersuchungsbedingungen für die Verhaltenstherapie gefallen ist, stellt sich für die Therapieplanung die Frage nach dem diagnostischen Vorgehen.

Für diesen Zweck wurde den folgenden Ausführungen das Diagnoseschema von SCHULTE (1974) zugrunde gelegt, da es die Objektivierung des therapeutischen Entscheidungsprozesses zu erreichen versucht.

Eine konkrete Therapiedurchführung erfordert erst einmal die Abklärung folgender Fragen:

1. Welche Verhaltensweisen bedürfen einer Veränderung? (Zielanalyse)

2. Wodurch wird dieses Verhalten momentan bedingt? (Verhaltensanalyse)

3. Durch welche Maßnahmen kann die angestrebte Veränderung am besten bewirkt werden? (Therapieplanung)

Die Beantwortung dieser Fragestellungen sowie die Therapiedurchführung sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in Wechselwirkung zueinander, auch wenn zwei sich zeitlich getrennte Schwerpunkte ergeben, und zwar zunächst die Informationssammlung und -verarbeitung und das sich daran anschließende therapeutische Handeln.

SCHULTE verdeutlicht die Systematisierung der einzelnen Schritte des diagnostischen Prozesses in folgendem Schema:

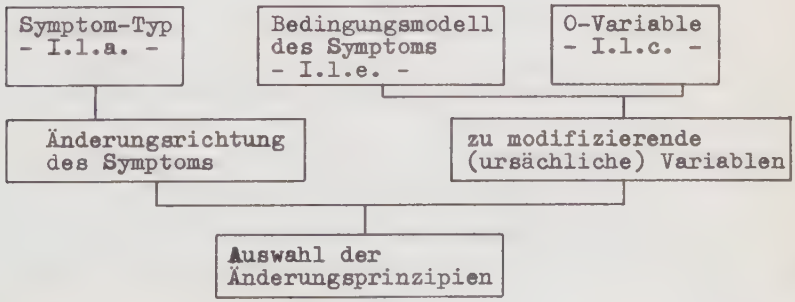


Abb. 4: Bestimmung der Änderungsprinzipien (SCHULTE, 1974, 90)

13.1.1. Bedingungsanalyse

13.1.1.1. Symptomtypen

Bei der Analyse des symptomatischen Verhaltens ist erst einmal festzustellen, welchem Symptomtyp das Verhalten entspricht. Dabei sind vier Typen zu unterscheiden (vgl. SCHULTE, 1974).

1. Das Verhalten ist gänzlich unangemessen (Klaustrophobie).

2. Ein "normales" Verhalten tritt zu häufig auf oder in inadäquaten Situationen (aggressives Verhalten).

3. Ein "normales" Verhalten tritt zu selten auf (fehlender Sozialkontakt).

4. Ein Verhalten tritt überhaupt nicht auf (Mutismus).

Wesentlich bei der Kategorisierung in Symptomtypen ist die Erscheinungsform (= Topographie) des Verhaltens, die möglichst auf drei Ebenen abgeklärt werden sollte,

1. auf der motorischen Ebene: Wie sieht das zu beobachtende Verhalten aus?

2. auf der verbalen Ebene: Wie beschreibt der Klient sein Symptom, wie sind seine Gefühle dabei?

3. auf der physiologischen Ebene: zum Beispiel EEG.

Gleichzeitig sollte auch die Intensität des Verhaltens, die Häufigkeit des Auftretens pro Zeiteinheit sowie die vielleicht von äußeren Bedingungen abhängige Schwankung der Frequenz des Verhaltens abgeklärt werden.

13.1.1.2. Die Änderungsrichtung

Da den verschiedenen Symptomtypen jeweils eine ganz spezielle Änderungsstrategie entspricht, ermöglicht die Abklärung der Symptomtypen auch gleichzeitig die Bestimmung der Änderungsrichtung. Dabei kommen folgende Strategien in Betracht:

Typ 1 erfordert eine Veränderung der Topographie des Verhaltens,

Typ 2 eine Reduktion des Verhaltens, für

Typ 3 ist eine Förderung des Verhaltens und für

Typ 4 der Aufbau des entsprechenden Verhaltens angebracht.

13.1.1.3. Das funktionale Bedingungsmodell

13.1.1.3.1. Operantes und respondentes Verhalten

Um die Veränderungsrichtung konkret therapeutisch angehen zu können, bedarf es der Abklärung der einzelnen Bedingungen, die dem symptomatischen Verhalten vorausgehen und nachfolgen. Ein ganz wesentlicher Bestandteil der Bedingungsanalyse ist die Entscheidung für das im konkreten Fall zutreffende Bedingungsmodell. Es muß anhand der vorliegenden Informationen festgestellt werden, ob es sich bei dem zur Diskussion stehenden Verhalten um ein operant oder respondent konditioniertes Verhalten handelt.

Folgende Hinweise sprechen für respondent konditioniertes bzw. operant konditioniertes Verhalten:

Handelt es sich bei dem symptomatischen Verhalten um eine Reaktion, die auch als angeborenes reflexhaftes Verhalten auftreten kann, und/oder erfolgt die symptomatische Reaktion in 100 % der Fälle auf einen oder mehrere bestimmte Reize, so kann wahrscheinlich respondentes Verhalten angenommen werden. Im Gegensatz zu respondenten Verhalten, das primär durch die Reize, die vor dem symptomatischen Verhalten auftreten bestimmt wird, sind bei operantem Verhalten in erster Linie die auf das symptomatische Verhalten folgenden Reize (Konsequenzen) von Bedeutung.

13.1.1.3.2. Annäherungs- und Vermeidungsverhalten

Beim operanten Verhalten kann weiterhin zwischen Annäherungs- und Vermeidungsverhalten unterschieden werden. Zur Erklärung dieser Verhaltensformen kann das "Gesetz des Effektes" von THORNDIKE (1913) herangezogen werden, das die verstärkenden Verhaltenssequenzen nach ihrem befriedigenden oder unbefriedigenden Konsequenzen beurteilt. Wird durch das symptomatische Verhalten die Reizbedingung so geändert, daß der sich ankündigende (neg. oder aversive) Reizzustand nicht eintritt, so wird auf diesem Wege ein unbefriedigender Zustand beendet bzw. vermieden, das heißt, es handelt sich um ein Vermeidungsverhalten. Signalisiert ein Reiz einen befriedigenden Zustand und führt eine Reaktion zur Erreichung dieses Zustandes, so spricht man von Annäherungsverhalten.

13.1.1.3.3. Genese des Verhaltens

Die Analyse des aktuell vorliegenden symptomatischen Verhaltens unter Berücksichtigung der o.a. Überlegungen hat Anhaltspunkte für das respondente oder operante Bedingungsmodell geliefert.

Darüber hinaus ermöglicht die Ableitung der Entstehungsbedingungen des Symptoms sowie des Symptomverlaufs (Genese) eine Absicherung der Entscheidung für eines der beiden Bedingungsmodelle.

Die Betrachtung der Symptomgeschichte erfolgt unter folgenden generellen Fragestellungen:

- Unter welchen Bedingungen ist das symptomatische Verhalten entstanden und hat es sich bis zum heutigen Zeitpunkt verändert bzw. in welcher Weise fand eine Veränderung statt.

Im einzelnen sind folgende o. ä. Fragen abzuklären:

- Ist das Verhalten durch eine klassische Konditionierung entstanden? (dies spricht für resp. Modell)

- wie gestalteten sich die ursprünglichen Reizbedingungen?

- fand Reiz- oder Reaktionsgeneralisierung oder -diskrimination statt usw.
  Außerdem muß die Möglichkeit des Imitationslernens in Betracht gezogen werden.

13.1.1.3.4. Organismusvariable

Ein wesentlicher Faktor für das Auftreten oder die Intensität des symptomatischen Verhaltens kann eine dauernde organische Schädigung (z.B. Hirnschaden) oder nur eine vorübergehende organische Störung (z.B. Ermüdung, Alkohol) sein. Bei den organischen Schädigungen ist darüber hinaus häufig zu verzeichnen, daß infolge der Schwere der Schädigung sich sekundäre

Symptome ausgebildet haben, die auf jeden Fall therapeutisch anzugehen sind.

13.1.1.3.5. Die zu modifizierenden Variablen

Die Abklärung des funktionalen Bedingungsmodells (13.1.1.3. - 13.1.1.3.4) ermöglicht dem Therapeuten das aktuelle symptomatische Verhalten bzw. ausgesuchte typische Verhaltenssequenzen in Form sogenannter Verhaltensketten systematisierend und übersichtlich darzustellen. In einem nächsten Schritt kann daraufhin abgeklärt werden, welches Glied der funktionalen Reiz-Reaktionseinheit(en) verändert werden kann, um eine Verhaltensveränderung im Sinne einer Symptom-Beseitigung oder -veränderung zu erreichen. Dabei werden alle funktionalen Möglichkeiten durchgespielt, um so eine möglichst den betreffenden Fall angemessene Behandlung zu sichern. Das funktionale Modell bietet folgende Möglichkeiten (Strategien) zur Veränderung des symptomatischen Verhaltens, wobei an dieser Stelle weder nach der Praktikabilität, der Effektivität, noch nach der Methode gefragt wird. Folgende Bedeutung haben die Symbole:

CS = konditionierter Reiz
CR = respondentes Verhalten
CR' = Alternativverhalten
S = Reiz
R = Reaktion
R' = Alternativreaktion
Ct = positive Konsequenz
C^- = negative Konsequenz
$\not{C}^-$ = Wegfall eines aversiven Reizes
$\not{C}^+$ = Wegnahme eines positiven Verstärkers

Respondentes Verhalten:

CS	-/-	CR	Die Kette wird unterbrochen (z.B. Löschung)
CS	---	$\frac{CR}{CR'}$	CS wird auf eine Reaktion konditioniert, die inkompatibel mit CR ist (Gegenkonditionierung)
ØS	---	CR	Das Auftreten des konditionierten Stimulus wird verhindert

Operantes Verhalten:

S	---	R	--- Ø+	Die positive Verstärkung auf das symptomatische Verhalten wird beseitigt (Löschung)
S	---	R	--- $\overset{C-}{Ø+}$	Bestrafung des symptomatischen Verhaltens
		R'	--- C+	und Koppelung der Alternativreaktion mit einem positiven Verstärker
Ø	---	R	--- C+	Das Auftreten des Stimulus wird verhindert (Veränderung der Reizsituation)

13.1.1.3.6. Veränderungsstrategien

Im konkreten Fall eines funktionalen Bedingungsmodells wird für die einzelnen zu verändernden Variablen unter Berücksichtigung der angestrebten Veränderungsrichtungen jeweils ein Veränderungsprinzip abgeleitet. Unter Umständen kommt für die letztlich fruchtbare Strategie auch eine Kombination einzelner o.a. Prinzipien in Frage.

13.1.1.3.7. Zusammenhänge der Symptome

Ist die Aufstellung des Bedingungsmodells für jedes einzelne Symptom geleistet, sind folgende Fragen für den Symptomkomplex zu beantworten:

1. Bestehen genetische Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptomen.

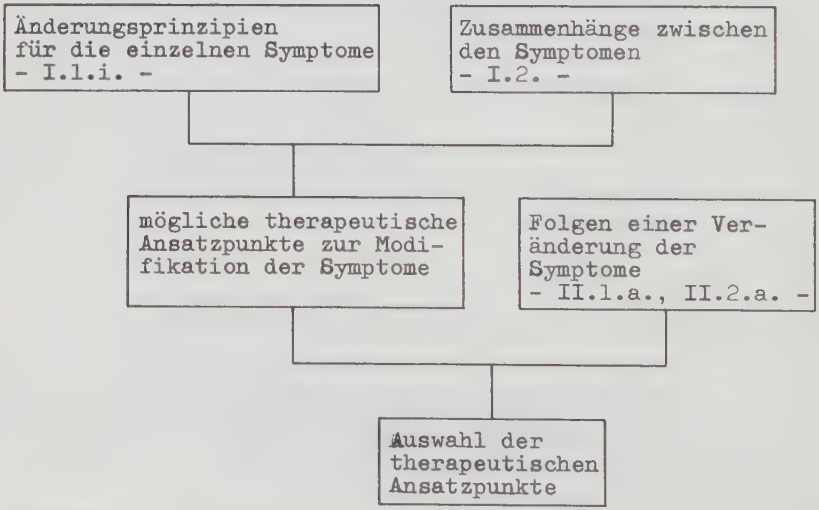
   a) Hat sich das symptomatische Verhalten aufgrund der gleichen traumatischen Ereignisse entwickelt?

   b) Besteht ein Zusammenhang zwischen zwei Symptomen derart, daß das eine Symptom eine Folge des anderen aufgetreten ist, sich dann jedoch verselbständigt hat?

2. Liegen bei mehreren symptomatischen Verhaltensweisen gleiche Operanten vor, das heißt, werden mehrere symptomatische Verhaltensweisen durch den gleichen Verstärker aufrechterhalten?

3. Wird ein symptomatisches Verhalten durch ein anderes Verhalten aufrechterhalten (z.B. eine Schulphobie durch eine Legasthenie)?

Abb. 5: Zielbestimmung: Auswahl der therapeutischen Ansatzpunkte



(SCHULTE, 1974, 95)

13.1.2. Die Zielanalyse

Sind erst einmal die Änderungsprinzipien aufgestellt, so besteht eine Aufgabe der Zielanalyse darin, diese mit dem Klienten zu besprechen und ihm sowohl den lerntheoretischen als auch den therapeutischen Zusammenhang der Bedingungen zu erklären. Das Verständnis der theoretischen Grundlagen der Behandlung ermöglicht dem Klienten, die Behandlungsschritte zu verstehen und bestimmte therapeutische Maßnahmen einzuordnen. Dies hat außer einer größeren Motivierung zum Durchführen der einzelnen Behandlungsschritte auch die Funktion, dem Klienten zu ermöglichen, die betreffenden therapeutischen Maßnahmen zu generalisieren, das heißt, bei ähnlichen Schwierigkeiten selbständig durchzuführen. Auf diesem Wege soll die Selbständigkeit des Klienten und seine Unabhängigkeit vom Therapeuten gefördert (der Klient wird sein eigener Therapeut) und ein stabiler Heilungserfolg erzielt werden.

Wesentlich ist dabei, welche Funktion das Symptom für den Klienten hat. So kann eine Frau durch die Angst, allein auf die Straße zu gehen, ihren Freund "zwingen", sich ihr intensiv zuzuwenden. In diesem Zusammenhang müssen immer die Folgen einer Symptomveränderung mit einbezogen werden, denn es ist zum Beispiel möglich, daß der Freund seiner Freundin nur Aufmerksamkeit schenkt, wenn sie Angst hat. Würde der Therapeut nun dieses symptomatische Verhalten isoliert angehen, könnte durch die Aufhebung der Angst auch die positive Erfahrung der Zuwendung durch den Freund wegfallen, das heißt, das symptomatische Verhalten muß immer in seinem sozialen Kontext gesehen und auch nur in diesem verändert werden. Es stellt sich dabei auch häufig die Frage der Veränderung der Sozialbezüge und/oder des Verhaltens der Sozialpartner anstelle der Verände-

rung des symptomatischen Verhaltens des vorgestellten Klienten.

Wichtig ist, daß ein einzelnes Symptom nicht isoliert angegangen wird, da man sonst Gefahr läuft, ein Symptom, zum Beispiel Kontaktangst, durch die therapeutische Methode Desensibilisierung (vgl. HALDER, 1973) zu beheben, jedoch die Verhaltenslücke "nicht kommunizieren zu können" nicht gleichzeitig angeht und somit wiederum ein weiteres symptomatisches Verhalten induziert.

Dabei lassen sich vier Fragenbereiche unterscheiden, die wesentlich für die Zielbestimmung (target behavior) und die Auswahl der Ansatzpunkte innerhalb der Therapie sind:

1. Welches Verhalten soll verändert bzw. aufgebaut werden?

2. Wie soll die Topographie und die Frequenz dieses Verhaltens in Zukunft aussehen?

3. Unter welchen Bedingungen soll das Verhalten auftreten?

4. Welche langfristigen Folgen hat die Veränderung des Verhaltens?

13.1.3. Die Therapieplanung

Innerhalb der Therapieplanung muß die Frage geklärt werden, welche Veränderungsprinzipien herangezogen werden sollen und wie diese in konkrete Behandlungsschritte transformiert werden können (das heißt zum

Beispiel, die Veränderungsstrategie soll Gegenkonditionierung sein und konkret wird die Entscheidung für eine In-Vivo-Desensibilisierung getroffen).

Wesentlich ist bei der konkreten Therapiedurchführung eine Kontrollmessung durch zum Beispiel Protokollbogen oder Verstärkerbogen.

Um die Veränderungen bestimmen zu können, bedarf es einer Erfolgsmessung, die sich auf

1. die Symptomatik selbst

2. Veränderungen in anderen Lebensbereichen, die nicht direkt in der Therapie angegangen wurden

3. Persönlichkeitsfragebogen beziehen kann.

13.2. Die lerntheoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie

Es ist unmöglich, hier einen erschöpfenden Überblick über die einzelnen Lerntheorien zu geben, da eine der reichhaltigen Literatur gerecht werdende Darlegung den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde (vgl. hierzu HILGARD & BOWER, 1971; SCHULTE et al., 1972). Aus diesem Grund soll an dieser Stelle nur ein allgemeiner Überblick gegeben werden, der auf die Unterschiede zwischen den verschiedenen theoretischen Ansätzen nicht näher eingeht, sondern statt dessen die für die Praxis relevanten Übereinstimmungen zwischen den einzelnen Konzepten herausstellt.

Im folgenden werden die lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten kurz beschrieben, die beim Verlernen unangemessener Verhaltensweisen (Beseitigungstechniken) und

beim Erlernen angemessener Verhaltensweisen (Aneignungstechniken) zur Anwendung kommen.

Dabei sind drei Strategien der Verhaltensmodifikation möglich, die im folgenden dargestellt werden sollen.

13.2.1. Das klassische Konditionieren

13.2.1.1. Aneignungstechnik

Es gibt Reize, die immer eine bestimmte Reaktion nach sich ziehen, ohne gelernt worden zu sein. So wird zum Beispiel ein Kind, dem man starke Schmerzen zufügt, durch Schreien und Veränderungen des physiologischen Potentials reagieren. Diese Reize, die eine bestimmte angeborene, nicht gelernte Verhaltensweise bedingen, werden als unkonditionierte Stimuli bezeichnet und die auf sie folgende Reaktion als unkonditionierte Reaktion. PAWLOW (1953a, b) stellte nun in seinen Hundeversuchen fest, daß die Qualität eines unkonditionierten Stimulus (UCS) auf einen neutralen Reiz übertragen wird, wenn der UCS in einer zeitlichen Koppelung mit dem neutralen Reiz geboten wird; das heißt, daß der ehemals neutrale Reiz zum Signalreiz wird, wodurch sich die Qualität der Reaktion - sie wird zur gelernten Reaktion (konditionierte Reaktion = CR) - verändert. Die Qualitätsübertragung eines UCS auf einen CS wird als klassisches Konditionieren bezeichnet, da es sich bei der Reaktion auf den UCS um eine angeborene reflexhafte handelt.

Eine wesentliche Bedeutung hat die klassische Konditionierung bei der Entstehung von Ängsten, wobei sich die Frage stellt, welche UCS ihre Angstqualität durch die zeitliche Koppelung mit einem neutralen Reiz auf

ihn übertragen können. Abgesichert werden konnten bisher drei Faktoren, die angstauslösend wirken:

1. Schmerz
2. starke und plötzliche Reizveränderung
3. Konflikte, wobei die Frage, ob "Konflikt" als UCS für Angst wirken kann, bisher eindeutig nur in Tierversuchen nachgewiesen werden konnte und von daher hinsichtlich der Bedeutung im Humanbereich unterschiedlich beurteilt wird (vgl. MEYER & CHESSER, 1971).

Wesentlich beim klassischen Konditionieren ist, daß das respondente Verhalten rein stimulusabhängig ist, was für die Wahl der Therapiestrategien von Bedeutung ist.

13.2.1.2. Beseitigungstechniken

Bei einem klassisch konditionierten Verhalten sind innerhalb der Therapie primär Beseitigungstechniken interessant, da es sich bei respondenten Verhaltensweisen in den meisten Fällen um Verhaltensexzesse handelt.

13.2.1.2.1. Löschung

Durch Darbietung des CS ohne den UCS nimmt die konditionierte Reaktion mit zunehmender Anzahl der Darbietungen ab bzw. tritt schließlich überhaupt nicht mehr auf.

13.2.1.2.2. Gegenkonditionierung

Während bei der Löschung eine Abschwächung oder Beseitigung des störenden Verhaltens durch ein häufiges Darbieten des CS ohne den UCS erreicht wird, erfordert das Prinzip der Gegenkonditionierung das Erlernen einer neuen S - R -Verbindung. Die ursprüngliche Koppelung von CS und CR wird dadurch unterbrochen, daß in Verbindung mit dem CS eine neue Reaktion (CR') gelernt wird, die mit der ursprünglichen CR unvereinbar ist (vgl. BLÖSCHL, 1970; HALDER, 1973).

Die am häufigsten verwandte Methode der Gegenkonditionierung ist die systematische Desensibilisierung. Hierbei wird die Angstreaktion während der bestehenden angstauslösenden Stimuli (in vivo oder in der Vorstellung) durch eine gegenläufige Reaktion unterdrückt, wobei bei der Therapie von Erwachsenen als antagonistische Reaktion in den meisten Fällen Entspannung eingesetzt wird. Dabei muß der Antagonist stark genug sein, um die Angst auch hemmen zu können, wobei ein wesentlicher Schritt die sukzessive Annäherung an den am stärksten angstauslösenden Reiz ist. Der erste Schritt der systematischen Desensibilisierung besteht von daher in der Zusammenstellung von angstauslösenden Situationen entsprechend der Intensität der hier auftretenden Angst. Jeder Situation wird vom Klienten ein Angstwert zugeordnet, so daß eine Angsthierarchie der einzelnen Situationen entsteht. Wurde das Entspannungstraining erfolgreich abgeschlossen, wird mit der Darbietung der niedrigsten Hierarchiestufe begonnen, von der erst auf die nächsthöhere übergegangen wird, wenn der Klient völlig angstfrei diese Stufe erleben kann, da sonst die Gefahr einer Angstsummation besteht. (Im näheren Ablauf siehe RACHMANN & BERGOLD, 1970; MEYER & CHESSER, 1971.)

Unterschieden wird zwischen einer In-Vivo-Desensibilisierung und einer auf der Vorstellungsebene, die sich besonders gut für Erwachsene eignet, wohingegen die In-Vivo-Desensibilisierung gut bei Kindern einsetzbar ist. Einen entsprechenden Versuch unternahm JONES (1924), die einen Jungen mit einer Kaninchenphobie behandelte. Das Kaninchen (CS) wurde in einem Käfig in einer Entfernung, bei der der Junge keinerlei Angst zeigte, aufgestellt. In Anwesenheit des Tieres wurde nun das Kind gefüttert, wobei die Entfernung zwischen Kaninchen und Kind langsam verringert wurde. Nach einiger Zeit zeigte das Kind Veränderungen sowohl im Verhalten als auch im emotionalen Bereich, was sich nach abgeschlossenem Versuch darin äußerte, daß der Junge sogar Zuneigung dem Kaninchen gegenüber äußerte. Es muß allerdings einschränkend gesagt werden, daß in diesem Versuch nicht allein eine Gegenkonditionierung angewandt wurde und daher auch der Therapieerfolg nicht allein auf dieses Prinzip zurückgeführt werden kann, da parallel noch mit Modell-Lernen gearbeitet wurde. Zu Beginn des Versuchs waren drei Jungen der gleichen Altersgruppe anwesend, die angstfrei mit dem Kaninchen spielten, so daß die Kombination des Lernens am Modell und der Gegenkonditionierung den Erfolg bewirkt haben kann.

Neben der Nahrungsaufnahme wird besonders bei Kindern, bei denen ein Entspannungstraining zumeist nicht durchgeführt werden kann, noch sozialer Kontakt und soziale Bestätigung als Antagonist für Angst relevant.

Bei all diesen Verhaltensweisen besteht jedoch die Gefahr, daß sie ihre Qualität mit der Dauer der Anwendung verändern, das heißt, sie können dann anstatt der Funktion der inkompatiblen Reaktion mit der Angstreaktion die Funktion eines operanten Verstärkers erhalten.

Die Angst wird in diesem Fall nicht abgebaut, sondern durch die Verstärkung stabilisiert und aufrechterhalten.

13.2.2. Das instrumentelle Konditionieren

Im Gegensatz zum klassischen Konditionieren, bei dem die Reaktion durch den vorangegangenen Signalreiz ausgelöst und kontrolliert wird, erfolgt die Kontrolle des operanten Verhaltens durch die dem Verhalten nachfolgende Konsequenz, das heißt, das Verhalten wird durch positive und negative Verstärker aufrechterhalten (vgl. ANGERMEIER, 1972). Dabei versteht man unter positiver Verstärkung einen Reiz, der die Auftretenswahrscheinlichkeit einer vorausgehenden Reaktion erhöht, wohingegen bei der negativen Verstärkung die Auftretenswahrscheinlichkeit der vorausgehenden Reaktion sich durch die Entfernung eines aversiven Stimulus erhöht.

Das operante Verhalten kann weiterhin durch Bestrafung, die auf das Verhalten folgt, kontrolliert werden. Man unterscheidet:

a) Setzung eines negativen Verstärkers, der die Auftretenswahrscheinlichkeit der vorangegangenen Reaktion senkt und

b) die Entfernung einer sonst gegebenen positiven Verstärkung.

Ein ganz wesentlicher Faktor für den Lernprozeß des operanten Verhaltens ist die Anordnung der Verstärkung oder Bestrafung (vgl. FERSTER & SKINNER, 1957), und zwar ist hier zu unterscheiden zwischen kontinuierlicher

und intermittierender Verstärkung. Bei einer kontinuierlichen Verstärkung erfolgt diese jedesmal, sobald das Verhalten auftritt, wohingegen es bei der intermittierenden Verstärkung gewisse - zumindestens in der Therapie - festgelegte Zeit- und Häufigkeitskriterien gibt, nach denen die Verstärkung erfolgt. Diese zeitliche und häufigkeitsmäßige Anordnung der Verstärker wirkt sich sowohl auf die Zeitdauer zur Etablierung eines neuen Verhaltens als auch auf den Abbau unerwünschter Verhaltensweisen aus. Generell ist es für das instrumentelle Konditionieren wesentlich, daß die entsprechende Konsequenz unmittelbar, das heißt mit keiner oder nur ganz geringer zeitlicher Verzögerung auf das zu verändernde Verhalten erfolgt. Mit zunehmender Latenz zwischen Reaktion und Konsequenz bleibt die positive bzw. negative Verstärkung wirkungslos (vgl. FOPPA, 1969).

Weiterhin unterscheidet man zwischen primären und sekundären Verstärkern, wobei unter primären Verstärkern Nahrung, Zuwendung, sexuelle Erregung und Schmerz zu verstehen sind, wohingegen die sekundären Verstärker ihre Qualität erst durch einen klassischen Konditionierungsprozeß erhalten, das heißt, ehemals neutrale Reize sind mit einem unkonditionierten Stimulus gepaart worden. Es ist von daher häufig äußerst schwierig, sekundäre Verstärker zu isolieren, da jeder neutrale Reiz, der zufällig über einige Zeit mit dem primären Verstärker gekoppelt wurde, sekundäre Verstärkerfunktion übernehmen kann.

13.2.2.1. Aneignungstechniken

Für die Praxis ist relevant, welche Möglichkeiten vorhanden sind, ein erwünschtes Verhalten aufzubauen bzw. dessen Häufigkeit zu erhöhen.

Folgende methodische Möglichkeiten bestehen:

13.2.2.1.1. Positive Verstärkung

Die Häufigkeit eines Verhaltens wird erhöht, indem unmittelbar nachdem dieses Verhalten gezeigt wird, ein positiver Verstärker gegeben wird. Es empfiehlt sich, zu Beginn des Lernprozesses jedes Auftreten der Reaktion zu verstärken (Verstärkerquote 100 %) und erst, wenn die Reaktion stabil ist, zu intermittierender Verstärkung überzugehen. Letzteres ist aus zwei Gründen angebracht: einmal wird auf diese Weise eine gewisse Löschungsresistenz der Reaktion garantiert, zum anderen muß am Ende jedes Verstärkungsprogrammes, nämlich dann, wenn das Verhalten befriedigend gelernt worden ist, ein fading-out einsetzen, das infolge des langsamen Ausblendens der Verstärkung garantiert, daß das Verhalten in Zukunft auch ohne häufige Verstärkung gezeigt wird.

Bei bestimmten Verstärkersystemen ist man dazu übergegangen, Spielmarken als generelle Verstärker zu konditionieren, das heißt, die Münzen können nach vorher festgelegten Quoten in einen für den Klienten attraktiven Gegenstand oder soziale Privilegien eingetauscht werden. Durch den Eintausch der Münzen und eine dadurch erreichte individuelle Befriedigung ist die Motivation zum Beispiel zur Einhaltung des gewünschten Verhaltens zu erklären. Hinzu kommt, daß diese Münzen unabhängig vom Deprivationszustand eingesetzt werden können und sowohl relativ unabhängig vom Austeiler als auch in jeder Situation gut anwendbar sind. Außerdem ermöglichen die Münzen auch eine Erfolgskontrolle des Klienten über sein eigenes Verhalten. Das jeweilige individuelle Token-Programm kann

sehr differenziert aufgebaut werden, auch wenn man generell schon sagen kann, daß es am Anfang des Programms günstig ist, jede Marke erst einmal eintauschen zu lassen, und erst zu einem etwas späteren Zeitpunkt bestimmte Quoten einzuführen, nach denen die Marken eingetauscht werden können.

Der Klient lernt dabei zum einen, auf die unmittelbare Befriedigung zugunsten einer späteren Verstärkung zu verzichten, und zum anderen wird das Verhalten durch die zwischenzeitliche Verstärkung stabiler, das heißt, löschungsresistenter.

13.2.2.1.2. Negative Verstärkung

Ein Verhalten wird in diesem Fall dadurch stabilisiert bzw. häufiger gezeigt, daß mit seiner Hilfe eine negative Konsequenz vermieden wird. Von daher bezeichnet man auf diese Art gelernte Reaktionen auch als Vermeidungsverhalten, wohingegen die oben beschriebenen Reaktionen als Annäherungsverhalten gekennzeichnet werden. Beispiel: Strafandrohung.

13.2.2.1.3. Shaping (Verhaltensformung)

Sind Verhaltensweisen überhaupt nicht gelernt oder nur unzureichend aufgebaut, so werden anfänglich alle Schritte, die in Richtung der Zielhandlung getan werden, verstärkt. Die Einheiten werden vergrößert, sobald eine Einheit vollständig gelernt worden ist, das heißt, es handelt sich dabei um eine sukzessive Annäherung an ein Zielverhalten. Bei komplexen und schwierigen Vorgängen kann gleichzeitig auch Modell-Lernen eingeführt werden, ohne dabei die Methode des shaping aufzugeben.

An einem Beispiel kann man dies verdeutlichen: Soll ein Kind lernen, sich selbst auszuziehen, so wird man nicht von ihm erwarten, daß es sich ganz auszieht, sondern daß es schrittweise lernt, sich zum Beispiel zuerst den Gürtel aufzuziehen, von dem Mantel dann die Knöpfe etc. Hat das Kind Schwierigkeiten mit einer Aufgabe, so kann man ihm den betreffenden Schritt als Modell vormachen. Die jeweilige angestrebte Verhaltensweise in Richtung auf das Endverhalten wird gelobt.

13.2.2.1.4. Chaining (Verhaltensverkettung)

Bei der Verhaltensverkettung handelt es sich um einen analogen Lernprozeß zum schaping, nur mit umgekehrten Vorzeichen bei den einzelnen Verhaltenselementen. Hierbei wird nämlich das Verhalten in kleinste Einheiten aufgeteilt, wobei die letzte Verhaltenseinheit der Kette zu Anfang eingeübt und jeweils bei Erfüllung des Schrittes verstärkt wird. Beherrscht der Klient die letzte Verhaltenseinheit, vervollständigt man die Kette um die vorletzte Verhaltenseinheit usw.

Auch hier soll dieser Lernprozeß an einem Beispiel verdeutlicht werden. Ein Kleinkind, das bisher nur aus der Flasche getrunken hat, soll aus einer Tasse trinken lernen. Man wird damit beginnen, daß das Kind erst einmal sein Trinkverhalten verändert, zum Beispiel die Mutter hält zu Anfang die Tasse. Ist dieser Schritt gelernt, wird eingeübt, die Tasse selbst zu halten usw. bis das Verhalten als geschlossene Kette gelernt ist. Wesentlich bei der Aneignung von neuen Verhaltensweisen ist, daß während der Konditionierungsphase immer verstärkt wird, da sonst Löschungseffekte auftreten können.(KUHLEN, 1972, 49).

13.2.2.2. Beseitigungstechniken

Ebenso wichtig wie der Aufbau von erwünschten Verhaltensweisen ist der Abbau von unerwünschten Verhaltensweisen, besonders, da in der Praxis sehr häufig der Abbau einer unerwünschten Verhaltensweise mit dem Aufbau einer erwünschten Verhaltensweise Hand in Hand gehen muß. Folgende Methoden stehen dabei der Verhaltenstherapie zur Verfügung:

13.2.2.2.1. Löschung

Unerwünschte Verhaltensweisen werden dadurch gelöscht, daß die positiven Konsequenzen des Verhaltens wegfallen. Ein Kind, daß zum Beispiel durch aggressives Verhalten die Aufmerksamkeit der Mutter bekommt, wird sein Verhalten erst ändern, wenn die positive Verstärkung (Aufmerksamkeit) nicht mehr auf das unadäquate Verhalten erfolgt.

Es ist jedoch zu beobachten, daß bei Wegfall des positiven Verstärkers anfänglich die Auftretenshäufigkeit des Verhaltens nach dem SKINNERschen Gesetz der Extinktion ansteigt, ehe der Wegfall des Verstärkers eine langsame Löschung des Verhaltens bewirkt. Dabei sind intermittierend verstärkte Verhaltensweisen besonders löschungsresistent, da während des Konditionierungsprozesses gelernt worden ist, daß nicht jedesmal beim Auftreten des Verhaltens eine positive Konsequenz erfolgt.

13.2.2.2.2. Bestrafung

Kontingenter Entzug positiver Verstärker:
Häufig ist es gerade bei Kindern so, daß eine "Nichtbeachtung", das heißt, ein Wegfall des positiven Verstärkers bei aggressiven Verhalten die Mutter überfordert, diese dann wiederum intermittierend verstärkt und somit das Verhalten noch stabiler macht. In solchen Fällen bietet sich als Möglichkeit, die Methode des "time out" an. Das Kind wird in diesem Fall unverzüglich aus der verstärkenden Situation entfernt und jeglichen Sozialkontaktes entzogen, was als Bestrafung wirkt. Dabei ist zu beachten, daß nur die isolierte Anwendung der Bestrafung bei Wegfall dieser die Rate der unadäquaten Verhaltensweisen wiederum ansteigen läßt. Paart man jedoch das "time out" mit einer Alternativreaktion, die inkompatibel mit der ursprünglichen Reaktion ist und verstärkt wird, ist die Auftretenswahrscheinlichkeit der unadäquaten Reaktionen nach Wegfall der Bestrafung sehr gering. Die Mutter könnte in dem obigen Beispiel bei aggressiven Verhalten "time out" anwenden, indem sie das Kind aus dem Zimmer schickt und gleichzeitig die Alternativreaktion anbieten: "Wenn du nicht mehr alles kaputt machst, kannst du wieder kommen."

Wesentlich beim "time out" ist, daß keine Verstärkung durch langes Erklären von seiten der Mutter vor dem "time out" erfolgt, da sonst wiederum eine Verstärkung des unadäquaten Verhaltens erfolgt, das heißt, "time out" muß, wenn es wirksam werden soll, als selbstverständliche Konsequenz auf das unadäquate Verhalten gehandhabt werden (vgl. WOLF, RISLEY & MEES, 1964).

Eine weitere Möglichkeit der Bestrafung liegt im materiellen Entzug positiver Verstärker (response-cost), die auch beim token-System Anwendung finden kann,

indem für unadäquates Verhalten die Rückgabe von Münzen gefordert wird.

Der Unterschied zwischen "time out" und Löschung besteht darin, daß bei der Löschung ab einem bestimmten Zeitpunkt keine Verstärkung mehr auf das unadäquate Verhalten erfolgt, wohingegen beim "time out" momentan wirkende positive Verstärker entzogen werden und somit als Bestrafung empfunden werden.

13.2.2.2.3. Aversionstechniken

Bei dieser Art der Bestrafung wird kein positiver Verstärker entzogen, sondern ein direkter Strafreiz gesetzt (vgl. WOLPE, 1972).

Dabei werden entweder Verhaltensweisen gehemmt, indem auf das unadäquate Verhalten als Konsequenz ein Strafreiz gesetzt wird und somit die Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens gesenkt wird, oder es erfolgt eine Qualitätsänderung des Stimulus durch eine klassische Konditionierung.

Aversionstechniken wurden bei Nägelkauen durch Setzung milder Schocks von BOCHER (1968) angewendet. Kinder, die sich selbst verletzten, wurden von LOVAAS et al. (1964) und TATE & BAROFF (1966) erfolgreich behandelt.

Auch wenn diese Untersuchungen guten Erfolg bei der Behandlung der Kinder zeigten, muß doch darauf hingewiesen werden, daß der direkte Einsatz eines Strafreizes innerhalb der Familieninteraktion möglichst vermieden werden sollte, da er das emotionale Klima zum einen belastet, und zum anderen die Hemmung des Verhaltens an den Bestrafer gebunden ist und nach

Beendigung des aversiven Stimulus die Verhaltensrate wieder steil ansteigt. Es ist vielmehr so, daß durch die Setzung eines aversiven Stimulus eine steigende Diskriminierung von Situationen hervorgerufen wird, in denen das unadäquate Verhalten auftreten bzw. nicht auftreten darf, was allerdings keine Unterdrückung des Verhaltens zur Folge hat, das heißt, es besteht eine mangelnde Generalisierung des Vermeidungsverhaltens bei Situationen, in denen die Setzung eines aversiven Stimulus nicht gegeben ist. Zum anderen kann es allerdings auch durch Setzung von Aversionsstimuli zu einer Übergeneralisierung kommen. Weiterhin ist zu beachten, daß auf dem Wege der unbeabsichtigten klassischen Konditionierung ehemals neutrale Reize, die zufällig mit dem aversiven Reiz gekoppelt wurden, später zu Signalreizen werden und angstauslösend wirken können.

In all den oben angeführten Beispielen ist festzustellen, daß Angst durch die Setzung von Aversionsreizen konditioniert werden kann, die jedoch inkompatibel mit Aufmerksamkeit, adäquaten Verhaltens und kognitiven Lernprozessen ist und die inkompatiblen Verhaltensweisen unter Angsteinfluß einer konditionierten Hemmung unterliegen (vgl. KUHLEN, 1972). Hinzu kommt, daß die Handlung durch die Koppelung mit dem Strafreiz auf die Dauer die Qualität des Strafreizes übernimmt und angstauslösend wirkt. So wird ein Junge, der Schläge beim onanieren erhält, auf die Dauer schon Angst empfinden, wenn er nur Handlungen in Richtung auf die Selbstbefriedigung anstrebt.

Bei Setzungen von Strafreizen liegt außerdem nur eine Unterdrückung des Verhaltens vor, jedoch keine Extinktion, über die nur die Motivation, ein Verhalten beizubehalten verändert bzw. abgebaut werden kann.

Strafreize höherer Intensität haben bei der Anwendung eine höhere Erfolgsrate. Darüber hinaus spielt auch die zeitliche Einschätzung des Strafreizes eine Rolle. Je enger die zeitliche Verknüpfung zwischen dem Strafreiz und dem Handlungsansatz des unerwünschten Verhaltens ist, umso günstiger verläuft die Unterdrückung des Verhaltens, da die verstärkende Wirkung des unerwünschten Verhaltens so am ehesten unterdrückt werden kann. Dabei spielt die Motivationsstärke für dieses Verhalten eine weitere wesentliche Rolle.

Aus dem Gesagten ist zu folgern, daß ein Abbau oder Unterdrückung des Verhaltens allein nicht so erfolgreich ist, daher verbindet man in der Therapie immer möglichst den Abbau oder die Unterdrückung eines unadäquaten Verhaltens mit dem Aufbau einer inkompatiblen Verhaltensweise um somit auf der einen Seite eine Löschung des unadäquaten Verhaltens und den Aufbau einer stabilen adäquaten Verhaltensweise zu erreichen.

13.2.3. Das Modell-Lernen

Sehr viele Verhaltensweisen - besonders sehr komplexe - werden nicht über die Methode des instrumentellen Konditionierens allein gelernt, sondern durch das "beobachtende Lernen" oder auch "Lernen am Modell", da es die Erlernung komplexer Verhaltensweisen effizienter und auch zeitökonomischer ermöglicht. Besonders im Bereich des sozialen Lernens und des Spracherwerbs ist ein großer Teil des Lernens auf diesen Prozeß zurückzuführen.

BANDURA (1967, 1969) unterscheidet zwei Ebenen des Modell-Lernens, und zwar einmal die "Verhaltensaneignung", in der das beobachtete Verhalten kodiert und gespeichert

wird und die "Verhaltensäußerung", in der das ehemals beobachtete Verhalten in eine Handlung umgesetzt wird. Beobachtetes Verhalten kann sich also im Verhältnis zur Aneignungsphase erst sehr viel später auf der Verhaltensebene äußern. Hinzu kommt, daß der Beobachter fähig ist, ganz neues Verhalten zu zeigen, indem er über das stellvertretende Diskriminationslernen einzelne Elemente beobachteter Verhaltensweisen abstrahiert und dann zu neuem Verhalten kombiniert. Dabei ist festzustellen, daß es innerhalb der Aneignungsphase Prozesse gibt, die unabhängig von Verstärkern sind, wohingegen die Äußerung des beobachteten Verhaltens mehr oder weniger abhängig von Verstärkern ist.

Nicht jede Person kann als Modell dienen, sondern es spielen folgende Gründe für die Wahl einer Modellperson eine Rolle:

Die Modellperson wird zum Beispiel gewählt

- weil sie den Beobachter häufig belohnt
- weil der Beobachter anderenfalls eine Bestrafung befürchtet
- weil das Modell über Macht verfügt
- weil der Beobachter Ähnlichkeiten zwischen sich und dem Modell feststellt.

Wesentliche Gesichtspunkte für die Übernahme eines Modellverhaltens sind dabei jedoch zum einen der zeitliche Kontakt zwischen dem Beobachter und dem Modell und zum anderen eine emotionale Beziehung zwischen dem Beobachter und dem Modell (vgl. BANDURA & WALTERS, 1963). Dabei tritt Modell-Lernen bei jüngeren Kindern primär über einen vorhandenen Kontakt zwischen Modell und dem Beobachter auf, wohingegen für ältere Kinder

auch symbolische Modelle wie Filme oder Puppenspiele als Modell dienen können (BANDURA, 1968).

Da das Modell-Lernen die Erlernung von komplexen sozialen Verhaltensweisen effizient gestaltet, kommt ihm auch eine besondere Bedeutung in der klinischen Psychologie hinsichtlich des Erwerbs von nicht gelernten sozialen Verhaltensweisen und dem Abbau von Ängsten zu (vgl. WATSON & RAYNER, 1920).

Es läßt sich zusammenfassend herauskristallisieren, daß das Modell-Lernen drei unterschiedliche Effekte hervorrufen kann:

- der Erwerb neuer Verhaltensweisen
- die Abschwächung oder Verstärkung schon gelernter Verhaltensweisen
- Äußerungen früher gelernter Verhaltensweisen werden erleichtert (BANDURA, 1965).

Dabei erfolgt die Aneignung oder Beseitigung von Verhaltensweisen eines Modells analog der schon aufgezeigten Konditionierungsmethoden.

14. DAS REGELMODELL ZUR ANALYSE UND INTERVENTION IN DER FAMILIE

14.1. Darstellung des Modells

Nach dem allgemeinen Überblick über die lerntheoretische Grundlage der Verhaltenstherapie besteht die Frage, wie am sinnvollsten die Verhaltensschwierigkeiten der Kinder angegangen werden können, bzw. wie die Informationsgewinnung und -verarbeitung der Daten explizit dargestellt werden können.

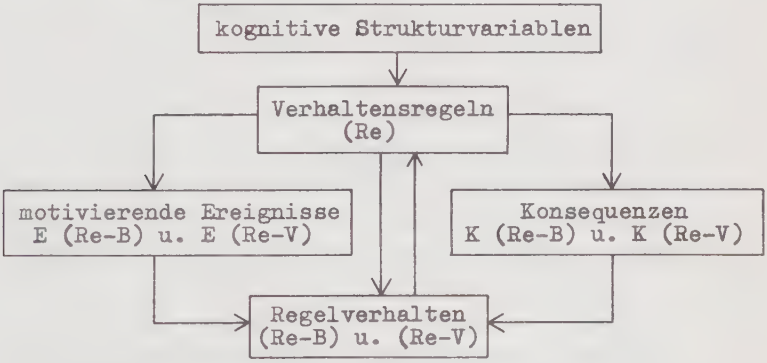
Das Problem ist, daß die Lerntheorie, auf der das funktionale Bedingungsmodell fußt, für viele komplexe Interaktionsvorgänge zu kleine Einheiten fordert, die zudem auch noch - rein theoretisch - aus dem Kontext isoliert werden, auch wenn sich in der Praxis eine komplexe Angehensweise eingebürgert hat.

Dieses Mißverhältnis der Praktikabilität der lerntheoretischen Gesetze in der Verhaltenstherapie entsteht schon allein durch den Unterschied der Labor- und Felduntersuchungen; die lerntheoretischen Grundlagen sind im Labor erforscht worden, wohingegen die Verhaltenstherapie im Feld arbeitet und die Kluft zwischen Theorie und Praxis umso größer wird, je weiter sich die Verhaltenstherapie von monosymptomatischen Symptomen, für die sich das S-R-K-Modell - eingebettet in die lerntheoretische Axiomatik - anwenden läßt, entfernt und komplexe Störungen angegangen werden sollen. Hinzu kommt, daß der Therapeut in komplexen Situationen steht und agiert, die im Gegensatz zu den lerntheoretischen Versuchen Einmaligkeitscharakter haben und nicht wiederholbar sind. Weiterhin wird durch die isolierte Betrachtungsweise kritischer Verhaltensweisen und ihrer Verstärker das Individuum aus seinem Kontext

isoliert, das heißt, es wird aus seiner gesellschaftlichen Erfahrung und seinem gesellschaftlichen Kontext herausgelöst betrachtet. Ein neuer Forschungsansatz müßte also primär die Analyse der Zusammenhänge eines Individuums und seiner Umweltvariablen in den Brennpunkt stellen, da bei vielen Ereignissen innerhalb der Familie, das S-R-K-Modell zu beschränkt ist und somit wesentliche Informationen nicht erfaßt werden können.

INNERHOFER (1974) entwickelte ein neues Modell für Familien- und Schulsituationen, welches versucht, sowohl die kognitiven Momente mit einzubeziehen und als wesentliche Variable innerhalb eines dynamischen Modells einzufügen, welches er von daher als Regelmodell bezeichnet und folgende Größen im wechselseitigen Bedingen aufnimmt.

Abb. 6: Regelmodell der Familieninteraktion



(INNERHOFER, 1974, 11)

Abkürzungen:

Re	=	Verhaltensregel
E(Re-B)	=	motivierendes Ereignis für Regelbefolgen
E(Re-V)	=	motivierendes Ereignis für Regelverstoß
K(Re-B)	=	Konsequenz auf Regelbefolgen
K(Re-V)	=	Konsequenz auf Regelverstoß
(Re-B)	=	Regelbefolgen
(Re-V)	=	Regelverstoß

Dabei stellt sich erst einmal die Frage, ob durch die Auswahl der einzelnen Variablen, ihrem Zusammenhang und der daraus folgenden Veränderung die Aufgabe der Erfassung von Familieninteraktionen besser bewältigt werden kann, wobei die Auswahl der Variablen nach der Effektivität erfolgt. Ziel der Datenerhebung ist es, sie zum einen so zeitsparend wie möglich zu gestalten, um die Frustration langer Befragungen in akzeptablen Grenzen für die Eltern zu halten, als auch gleichzeitig die Komplexität der Umgebung so optimal wie möglich zu erfassen. Um dabei nicht im Datenwust zu ersticken, ist es notwendig, eine einheitliche Darstellung der Daten anzustreben, was durch eine Informationsreduktion durch Auslese und Abstraktion zu erreichen ist. Es ergibt sich jedoch dabei durch die Vielzahl der Variablen die Schwierigkeit, daß sich diese zum einen hinsichtlich der Wirkweise und zum anderen hinsichtlich der Art der Erfassung unterscheiden und somit die Dimensionen der Variablen in nicht vergleichbarer Weise vorliegen.

Eine weitere Schwierigkeit ist in der Beurteilung des Problemverhaltens zu sehen, da dieses einmal stark abhängig vom Kontext der Familie und der Umwelt zu sehen ist, zum anderen auch das Bezugssystem des Beobachters einen starken Einfluß auf die Beurteilung hat.

Die Frage ist, wie diese Probleme innerhalb der Praxis bewältigt werden können. INNERHOFER geht davon aus, daß eine einigermaßen befriedigende Lösung des Problems durch eine einheitliche Erfassung und Analyse der Erziehungskonzepte, in deren Bezugsrahmen das Kind steht, erreicht wird. Im weiteren Verlauf sollen dann anhand der Analyse des kindlichen Verhaltens diese Konzepte kritisiert werden. Diese beiden Analysen werden auf der theoretischen Ebene bewältigt. Ein

wesentlicher Punkt für die praktische Veränderungsstrategie ist dann jedoch die Durchsprache der Analyseeinheiten mit den Eltern, so daß eine Einigung auf ein Kompromißkonzept erfolgen kann. Diese Einigung ist eine notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

INNERHOFER versucht durch folgende Variablen und deren gegenseitiges Bedingen diese Schwierigkeiten in seinem Regelmodell in den Griff zu bekommen.

14.1.1. Die kognitiven Strukturen und Verhaltensregeln

Unter kognitiven Strukturen werden dabei "jene kognitiven Variablen" verstanden, "die als Erziehungsziele, Werthaltungen, als Befürchtungen und Erwartungen, als Anweisungen, Abmachungen und Instruktionen einen unmittelbaren Einfluß auf das Verhalten des Kindes ausüben" (INNERHOFER, 1974, 11). Diese kognitiven Strukturen wirken sich auf der Verhaltensebene in den Verhaltensregeln aus, unter denen "man eine allgemeine Verhaltensanweisung in verbaler Form" versteht, die wiederum im Sinne einer idealen Kommunikationsform in dem Modell verwandt wird, das heißt, daß auch Angaben über Ziel, Zweck und Konsequenzen des Verhaltens Aussagen gemacht werden (vgl. INNERHOFER, 1974, 12/13).

Das geeignetste Mittel, um diese Daten zu erheben, ist die Exploration, die den weiteren Schritten zugrunde gelegt wird. Dabei werden die in der Exploration erfaßten kognitiven Strukturen, die sich in den Verhaltensregeln zeigen, der Bewertung zugrunde gelegt und daraufhin das kindliche Verhalten als Regelbefolgung oder Regelverstoß festgehalten. Daraus ergibt sich, daß in diesem Modell kindliche Verhaltensstörun-

gen als Schwierigkeit beim Erfassen und Befolgen von Verhaltensregeln aufgefaßt wird, das heißt, ein Verhalten unter dem das Kind oder die Umwelt leidet.

Als Bezugssystem für die weiteren Schritte wird die Modifikation der analysierten kognitiven Strukturen in den Verhaltensregeln gewählt.

14.1.2. Motivierende Ereignisse des Verhaltens

Innerhalb der lerntheoretischen Auffassung wird ein Verhalten durch eine Verstärkung, die mit der Reaktion in einer bestimmten zeitlichen Kopplung steht, aufrechterhalten oder abgeschwächt. Anhand dieser Definition werden übergreifende kognitive Prozesse ausgeschlossen, die zum Beispiel bei einem Schüler vorhanden sind, der in der Schule enorm viel leistet, um später einmal eine bestimmte Berufsausbildung machen zu können. Bei diesem Beispiel kann man zwei wesentliche Unterschiede zu der lerntheoretischen Auffassung erkennen, und zwar, daß der Stimulus öfters nicht direkt erkennbar ist, der ein Verhalten auslöst und daß die zeitliche Folge zwischen Reaktion und Konsequenz sich umkehren kann. In dem oben genannten Beispiel arbeitet der Schüler aufgrund des späteren Gewinns einer qualifizierten Berufsausbildung, das heißt, die Verstärkung wird gedanklich vorgezogen.

Als motivierende Ereignisse werden hier auch Größen wie Ziele, Werte, usw., die Verhalten hervorrufen können, bezeichnet, wobei jedoch die Wirkung dieser Ereignisse der Reaktion vorausgehen kann. Dabei müssen diese Größen überzufällig eine Reaktion bedingen, auch wenn das Auftreten der Reaktion nicht auf zeitliche Kontingenz beschränkt ist.

INNERHOFER charakterisiert dabei die motivierenden Ereignisse einmal als "motivierend für Regelbefolgung" und einmal als "motivierend für Regelverstöße", wobei die Situationsvariablen mit in die Kategorie der motivierenden Ereignisse gefaßt werden.

14.1.3. Die Konsequenzen für das Verhalten

Die Verhaltenstherapie richtet ihr Hauptaugenmerk auf die Konsequenzen, durch die ein Verhalten aufrechterhalten oder abgebaut bzw. unterdrückt wird. Diese Reize erfassen - rein theoretisch - zu isolierte visuelle und akustische Reize, wohingegen es sich bei Familieninteraktionen um größere Gesamtheiten handelt, die verstärkend wirken. Hier muß eingefügt werden, daß in der verhaltenstherapeutischen Praxis auch häufig nicht mehr isolierte Reize als Konsequenz betrachtet werden, jedoch hier eine Diskrepanz zwischen den theoretischen Grundlagen und der Praxis entsteht. INNERHOFER setzt daher anstelle der Konsequenz das "verstärkende Ereignis", wodurch eine komplexere Situationsvariable als Verstärkung beschrieben werden kann. So wird auf ein regelbefolgendes Verhalten des Kindes die Mutter das Kind zum Beispiel streicheln, anschauen, mit ihm freundlich sprechen etc., was in einem isolierten Reiz nicht faßbar ist, jedoch als "Zuwendung", das heißt als verstärkendes Ereignis des auf die Reaktion erfolgende Konsequenz hinreichend beschrieben werden kann.

Ein Hauptkriterium der Konsequenz ist es ja, daß die Reaktionshäufigkeit dadurch gesteigert oder gesenkt wird. Kann dies jedoch nicht beobachtet werden oder ist diese Kategorie nicht anwendbar für das Verhalten, wird die Kategorisierung "unangenehm" "angenehm" verwandt.

Der Vorteil dieses Modells ist in seiner dynamischen Auffassung der Familieninteraktionen zu sehen. Jede Veränderung in einem seiner Teilbereiche verändert gleichzeitig auch die anderen Variablen des Systems, das heißt, die einzelnen Elemente stehen in einer Wechselwirkung zueinander, was eine Erfassung der objektiven Realität familiärer Interaktionen wesentlich besser gerecht wird als die isolierte lerntheoretische Betrachtungsweise. Durch die Aufnahme der kognitiven Elemente im Erziehungsprozeß wird auch die gesellschaftliche Erfahrung der Eltern mit aufgenommen und als Merkmal ihres Handelns gesehen. Es ergibt sich daraus auch, daß nicht mehr eine beschränkte Betrachtungsweise der isolierten Verhaltensketten im Vordergrund stehen kann und hier ein Versuch geleistet wird, die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, die aus dem unterschiedlichen Vorgehen lerntheoretischer Forschung und therapeutischer Praxis entsteht, zu überwinden.

Als kritisch scheint in diesem Modell, daß es eine zu einseitige Betrachtung aus dem Blickpunkt der Eltern hervorhebt und als Eingabe des kindlichen Verhaltens nur Regelbefolgungen und Regelverstöße auf dem Hintergrund der elterlichen Kognitionsstrukturen gesehen werden und dadurch das wechselseitige Bedingen zwischen Eltern und Kind ein wenig in den Hintergrund rückt. So ist es gut vorstellbar, daß das eine Kind bei sauberkeitsfreundlichen Eltern einen Teller umschmeißt und nicht dafür bestraft wird, weil es gleichzeitig "so süß" lacht, wohingegen das andere Kind, weil es schuldbewußt schaut, bestraft wird. Der Regelverstoß wäre in beiden Fällen, daß die Sauberkeitswünsche der Eltern nicht beachtet worden sind.

Sicherlich besteht eine Versuchung, die Beziehung zwischen Eltern und Kindern etwas einseitig zu betrachten, darin, daß die Kommunikationsstruktur anfänglich zwischen beiden Teilen asymmetrisch verläuft, jedoch auch hier dieses wechselseitige Bedingen vorliegt.

Es wäre sicherlich eine lohnende Aufgabe, dieses Problem in die weitere Forschung aufzunehmen und das vorliegende Regelmodell zu erweitern. Dies kann jedoch hier nicht geleistet werden. Das Vorgehen wird hier trotzdem immer auf dem Hintergrund der Kritik übernommen, da innerhalb der theoretischen Aufarbeitung der verhaltenstherapeutischen Praxis dieses Modell noch die optimale Erfassung familiärer Prozesse erlaubt und versucht, ansatzweise diese in der praktischen Auswertung zu vermeiden.

15. EXPERIMENTELLES VORGEHEN

Die Erhebung, Verwertung, Wiedereingabe und Kontrolle der Daten wird in drei Phasen geleistet, wobei die erste Phase der Exploration dient, die zweite Phase der Optimierung und die dritte Phase der Kontrolle der Optimierung (siehe 3.).

15.1. Erste Hauptuntersuchungsphase

Nachdem theoretisch abgeklärt ist, daß die Verhaltensanalyse das geeignete Mittel zu sein scheint, Verhalten unter den gegebenen Untersuchungsbedingungen möglichst exakt zu erfassen und zum anderen die Möglichkeit bietet, Veränderungsstrategien zu erarbeiten, stellt sich die Frage, welches experimentelle Vorgehen die geschlossenste Informationssammlung ermöglicht.

Folgende Methoden wurden für die Informationssammlung verwandt:

15.1.1. Zusammenstellung des Interviews

Es wurde die halb-gebundene Form des Interviews verwendet, da sich zum einen durch die Fragestellung und den zweiten Fragebogen gewisse Fragenkomplexe herauskristallisiert hatten, zum anderen aber auch den Eltern genügend Spielraum für spontane Erlebnisinformationen gegeben werden sollten.

Folgende Bereiche sollten durch das Interview abgedeckt werden:

1. Informationen über die Vorgeschichte hinsichtlich Heim und/oder Familie, soweit die Informationen zu unexakt von den Fragebogen aus beantwortet worden waren.

2. Art und Ausprägungsgrad der Verhaltensschwierigkeiten zum Zeitpunkt des Familieneintritts und zum Zeitpunkt der Untersuchung.

3. Verhaltensweisen der Mutter (Eltern) hinsichtlich der Verhaltensschwierigkeiten des Kindes und Veränderungen der Verhaltensweisen von Mutter und Kind.

4. Die Empfindungen und das Erleben der kindlichen Verhaltensschwierigkeiten für die Mutter (Interviewleitfaden siehe Anhang A 8).

Durch diese Fragenkomplexe sollte nicht nur die Verhaltenskomponente der Kontingenz Mutter-Kind erfaßt werden, sondern auch die kognitive und emotionale Komponente, wobei bei letzterem der Aspekt der analogen Kommunikation (WATZLAWICK, 1972) bei schwierigen Fällen - wie sich im Laufe der Untersuchung zeigte - eine nicht unwesentliche Rolle spielte.

Das Anfangsinterview dauerte 5 - 6 1/2 Stunden. In dieser Zeitangabe ist auch die Interviewdauer von Frau Eva ELLINGHAUS mit einbezogen, da sich in vielen Punkten von seiten der Eltern Informationen anschlossen, die sich auf Frau ELLINGHAUSs Themenbereich bezogen. Diese alternierende Befragung schien auch den Vorteil zu haben, daß die Interviewersituation von den Eltern als eher entspanntes Gespräch empfunden wurde, was sich zum einen wiederum positiv auf die Informationen des emotionalen Erlebens der Schwierigkeiten auswirkte,

als auch auf die Bereitschaft bei der weiteren Untersuchung von seiten der Eltern mitzuarbeiten.

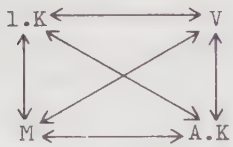
In diesem Vorgehen lag aber zum anderen eine Schwierigkeit für die Untersucher, den Überblick über die exakte Informationssammlung zu behalten.

Die unterschiedlichen Informationszeiten ergaben sich aus den verschiedenen Sprachstilen der Eltern, das heißt, kurze und prägnante, v.v. weitschweifige Informationsantworten, auf die die Untersucher zum Teil eingehen mußten, um das emotionale Klima nicht zu gefährden.

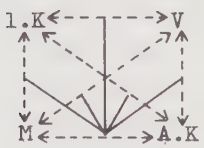
15.1.1.1. Auswertung des Interviews

Das Interview wurde anhand von Verhaltensanalysen ausgewertet. Es ergab sich hier natürlich die Schwierigkeit, daß für länger zurückliegende Verhaltskontingenzen einzelne Analyseeinheiten nicht exakt von den Eltern erinnert wurden und somit auch mehr Informationen über komplexe Verhaltenseinheiten ermittelt werden konnten. Weiterhin wurden aus den Interviews diejenigen Informationen extrahiert, die nicht als Verhaltenselement erfaßbar waren, sich jedoch in emotionaler Weise auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkten. Die Mutter-Kind-Beziehung soll hier also nicht als isolierter sozialer Faktor betrachtet werden, sondern in der Beziehung zu dem sozialen Subsystem Familie, in dem jeder mit jedem kommuniziert, das heißt, in Wechselwirkung steht. Dabei werden allerdings nur diejenigen Faktoren berücksichtigt, die sich direkt und erkenntlich auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken. Diese Auswertungsstrategie kann folgendermaßen veranschaulicht werden:

Familienkommunikations-struktur



Auswertungsstrategie



1.K = leibliches Kind; V = Vater; M = Mutter;
A.K = Adoptivkind.

Aus technischen Gründen wurden die Gespräche mit einem Kassettenrecorder aufgenommen.

15.1.2. Videoaufnahmen

Die Videoaufnahmen wurden zur Erfassung des Materialverhaltens (siehe unter 10.2. und 11.) der Kinder aufgenommen. Dabei sollte auch gleichzeitig das Verhalten der Mutter hinsichtlich der Förderung oder Unterdrückung des eigenständigen kindlichen Spiels beobachtet werden.

Die Dauer der Filmaufnahmen hingen zum einen vom Alter als auch von der Spielausdauer des Kindes ab und schwankte zwischen 15 - 45 Minuten.

15.1.2.1. Auswertung der Videoaufnahmen

Ausgewertet wurden die Filme, indem vier Beobachter jeweils nach 15 sec die Sequenz Mutter-Kind-Mutter-Verhalten auf der Beobachtungsebene protokollierten. Dieses time-sampling wurde eingeführt, damit die Beobachter gezwungen waren, genau zu beobachten und

nicht in der Gesamteinschätzung des Films auf der Beobachtungsebene Ereignisse protokollierten, die nur Einmaligkeitswert im Auftreten besaßen. Aus der Gesamteinschätzung des Films hinsichtlich der beobachteten Verhaltensweisen wurden jeweils die in die Auswertung übernommen, die von jeweils drei Beobachtern übereinstimmend protokolliert wurden.

15.1.3. Verhaltensprotokolle

Weiterhin wurden die Eltern gebeten, über 14 Tage Verhaltensprotokolle bei schwierigem Verhalten der Kinder zu führen. Sie erhielten eine kurze Einweisung in die Verhaltensprotokollführung. Nach 14 Tagen wurden die Verhaltensbeobachtungsprotokolle dem Untersucher zugesandt. Anhand dieser sollte erreicht werden, daß nicht nur erinnerte Verhaltenskontingenzen als Material zur Verfügung stand, sondern auch schwieriges Verhalten über einen längeren Zeitraum kontinuierlich beobachtet wurde.

15.1.3.1. Auswertung der Protokolle

Die Protokolle wurden anhand der Verhaltensanalyse ausgewertet.

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt bei der Datenerhebung war, daß den Eltern der Sinn und Zweck der Datenerhebung von vornherein durchschaubar gemacht wurde, so daß sie durch diese Erkenntnis fähig waren, ihre Rolle innerhalb der Untersuchung aktiv mitzugestalten. Durch die Einsicht in die Zielsetzung der Untersuchung, nicht nur statisch vorzugehen, sondern auch verändernd bei noch vorhandenen Schwierigkeiten

den Eltern zu helfen, ließ die Eltern anscheinend häufig über ihre noch bestehenden Schwierigkeiten offen reden, da sie eine gemeinsame Zielsetzung bei sich und den Untersuchern erkannten, auch wenn die Ausgangspunkte andere waren.

15.2. Zweite Hauptuntersuchungsphase

15.2.1. Rückmeldung und Verhaltensveränderungsvorschläge

In der zweiten Hauptuntersuchungsphase wurde den Eltern Rückmeldung über ihr Verhalten hinsichtlich problematischer Verhaltensweisen des Kindes gegeben, wobei die oben angeführten drei Informationsquellen der ersten Phase verwertet wurden.

Die Gruppen der Eltern ließ sich anhand der Auswertung in zwei Gruppen unterteilen.

1. Gruppe der Eltern, die Rückmeldung erhielten, warum ihr Verhalten die gewünschte Veränderung des kindlichen Problemverhaltens bewirkte.

2. Gruppe der Eltern, die zusätzlich Rückmeldung erhielten, warum ihr Verhalten das unerwünschte kindliche Verhalten weiter aufrechterhält und wie sie dies durch Veränderung des Verhaltens umwandeln können.

Beiden Gruppen wurde beim zweiten Kontakt eine mündliche Einführung in die Verhaltenstheorie gegeben und ihnen aufgezeigt, aufgrund welcher Lerngesetze ihr

Verhalten eine positive Umwandlung oder Veränderung des kindlichen Problemverhaltens zur Folge hatte. Das heißt, daß den Eltern die Auswertung der Informationen durchschaubar und einsichtig gemacht wurden.

Weiterhin erhielten die Eltern eine kurze, möglichst anschaulich gehaltene schriftliche Zusammenfassung (siehe Anhang A 9) der mündlichen Einführung in die Verhaltenstheorie, um ihnen somit die Möglichkeit zu geben, sich das Gesagte noch einmal vergegenwärtigen zu können und dadurch eventuell bei später auftretenden Schwierigkeiten befähigt zu sein, ihr eigenes Verhalten verändern zu können.

Die zweite Gruppe der Eltern erhielt zusätzlich eine genaue Analyse ihres Verhaltens bei noch bestehenden Schwierigkeiten des kindlichen Verhaltens und die lerntheoretische Erklärung, wieso das kindliche Verhalten unter diesen Bedingungen weiter aufrechterhalten wird. Gleichzeitig wurde den Eltern aufgezeigt, wie sie ihr Verhalten unter diesem theoretischen Gesichtspunkt verändern müssen und wie dies auf der Verhaltensebene zu verwirklichen ist.

Lag die Bereitschaft seitens der Eltern vor, aktiv ihr Verhalten in Zusammenarbeit mit dem Versuchsleiter zu verändern, erhielten sie, die aufgrund der ersten Hauptuntersuchungsphase ermittelten Veränderungsvorschläge. Zur Veranschaulichung wurde der Mutter ein Blatt gegeben, auf dem einmal auf der einen Seite das problematische Verhalten des Kindes kurz notiert war, sowie ihre Reaktion auf dieses Verhalten und auf der anderen Seite die Veränderungsvorschläge hinsichtlich des Verhaltens aufgezeigt waren. Es sollte damit erreicht werden, daß die Mutter eine kurze, übersichtliche Veranschaulichung über "Soll" und "Haben" ihres

Verhaltens erhält, und sich jederzeit wieder leicht daran orientieren kann, wenn der Versuchsleiter nicht anwesend ist (siehe Einzelfälle 14 - 20).

Gleichzeitig wurde versucht, die längerfristigen Konsequenzen, die das mütterliche Verhalten - entweder bei Beibehaltung ihres Fehlverhaltens oder bei Veränderung ihres Verhaltens - haben kann, aufzuzeigen, um nicht den Eindruck bei der Mutter aufkommen zu lassen, daß es sich nur um isolierte Verhaltensveränderungsvorschläge handelt, die auf die Dauer gesehen keine Konsequenzen auch für weitere Verhaltensweisen des Kindes hätten.

Aus zeitlichen und technischen Gründen wurden nicht mehr als drei Verhaltensweisen hinsichtlich Veränderungsstrategien angegangen. Es wurde jeweils - wenn sich die Situation ergab - bei dem zweiten Kontakt die Einübung der neuen mütterlichen Verhaltensweisen erprobt, da die Anwesenheit des Untersuchers eine direkte und wirksame Rückmeldung ermöglichte.

Die Mütter erhielten weiterhin Protokollbogen (siehe Anhang A 10), auf die sie immer ihr eigenes und das kindliche Verhalten bei den ausgewählten Schwierigkeiten protokollieren sollten. Diese Protokollbogen sollten folgenden Sinn und Funktion haben:

1. Sensibilisierung der Mutter für ihr Verhalten, das heißt, sie soll sich dadurch besser beobachten und somit auch ihr Verhalten besser kontrollieren können.

2. Kontrolle für den Versuchsleiter.

3. Erfolgskontrolle für die Mutter
   a) beim Protokoll-schreiben selbst
   b) bei der Rückmeldung durch den Therapeuten.

Um die Rückmeldung durch den Versuchsleiter zu ermöglichen, wurden die Protokollbogen jede Woche an den Versuchsleiter gesandt, um trotz der Entfernungen eine Kontrolle über die Einübung des neu zu erlernenden Verhaltens zu haben und somit auch Einschleifungen neuer, negativer Verhaltensweisen unterbinden zu können. Die Mutter erhielt also jede Woche eine Rückmeldung - positiv oder negativ - vom Versuchsleiter.

Um den Müttern aber auch jeweils eine direkte Verstärkung für ihr Verhalten zu ermöglichen, erhielten sie noch zusätzlich einen optischen Verstärkerbogen (siehe Anhang A 11), auf dem eine Längs- und eine Querachse eingezeichnet war. Jedes Kästchen auf der Längsachse war für einen Tag bestimmt, wobei vertikal nach oben die Mutter mit einem Rotstift ein Kästchen ausmalen durfte, wenn sie ihr Verhalten nach den gegebenen Anweisungen verändert hatte, wohingegen sie vertikal unterhalb der Längsachse ein Kästchen schwarz ausfüllen sollte, wenn sie ihr altes Verhalten beibehielt. Somit konnten die Mütter ihren jeweiligen Verhaltensveränderungsprozeß über die Tage und Wochen rein optisch ablesen. Es wurde ihnen empfohlen, dieses Diagramm an eine gut und häufig sichtbare Stelle zu hängen.

Die Verhaltensveränderungseinübungen erstreckten sich über sieben bis neun Wochen. Diese unterschiedlichen Zeiten ergaben sich leider auch wieder durch technische Schwierigkeiten, zum Beispiel, daß nicht alle Eltern bei der zweiten Untersuchungsfahrt Veränderungsvorschläge erhielten und dadurch Zeitverschiebungen auftraten, Krankheiten sowohl bei den Eltern als auch bei den Untersuchern und die üblichen Terminschwierigkeiten sich ergaben.

15.3. Dritte Hauptuntersuchungsphase

15.3.1. Kontrolle der durchgeführten Verhaltensveränderungsvorschläge

Die dritte Untersuchungsfahrt diente dazu, den Müttern, die die Verhaltensveränderungsvorschläge angenommen hatten, Rückmeldung über den gesamten Veränderungs- und Erfolgsprozeß zu geben. Gleichzeitig sollte aber auch noch einmal in einem mündlichen Gespräch auf sowohl noch vorhandene Schwierigkeiten als auch auf die Dauer eintretende Konsequenzen bei Beibehaltung des mütterlichen Verhaltens hingewiesen werden. Zum anderen war der dritte Kontakt auch noch als indirekte Kontrolle für die Untersucher gedacht, da durch die teilnehmende Beobachtung innerhalb der Familie während des Gesprächs noch einmal festgestellt werden konnte, ob vielleicht die Mütter ihr eigenes Verhalten nicht richtig hinsichtlich der Veränderungen wahrnehmen konnten oder doch.

15.4. Übersicht über das experimentelle Vorgehen

Methode	Messung	Kontaktphase
Interview	I Anfangsschwierigkeiten - Problemlöseverhalten	1. Kontakt
	1. Anfangsschwierigkeiten (Bereiche) beschreiben	
	2. R_E = Reaktion(en) der Eltern darauf	
	3. Veränderungen des Kind-Verhaltens	
	zu 2. R_E Klassifizieren C+, C- Ø- (Veränderungen (funktional)) - Tendenzen aufzeigen (d.h. in Richtung z.B. eher C+ oder C-)	
	4. Beschreibung von Einstellungen und Emotionen der Eltern hinsichtlich dieser Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	
Interview	II noch vorhandene Schwierigkeiten	
Protokolle der Eltern	1. Beschreibung R_K + evtl. Veränderungen	
Filme	2. R_E	
	3. Veränderungsstrategien	
	3.1. Strategien	2. Kontakt
Verhaltens-protokoll-Briefwechsel zwischen Klienten und Versuchsleiter	eventuelle Änderungen der Veränderungsstrategien	
Protokolle der Eltern	3.2. Erfolgskontrolle	3. Kontakt
Interview		
2. Kontakt		

16. EINZELFALLDARSTELLUNGEN

16.1. Allgemeines Vorgehen

Die Einzelfalldarstellungen werden nach den Elterngruppen, die eine Verhaltensveränderungsrückmeldung erhalten und denjenigen, die nur eine Rückmeldung und lerntheoretische Erklärungen der positiven Veränderung des kindlichen Problemverhaltens erhielten, unterteilt und getrennt dargestellt. Dies schien sinnvoll, da die Erfahrungssätze der letzteren Elterngruppe wiederum bei den Veränderungsvorschlägen bei der ersteren Elterngruppe mit verwertet wurden. Dadurch sollte erreicht werden, daß das Literaturdefizit hinsichtlich konkreter Verhaltensanweisungen bei problematischen Verhaltensweisen der Kinder nach einem Heimaufenthalt ansatzweise gefüllt wurde. Bei den einzelnen Falldarstellungen werden nur diejenigen Verhaltensschwierigkeiten aufgeführt werden, bei denen die Eltern im Interview weitergehende Informationen liefern konnten, da nur anhand dieser konkrete allgemeine Verhaltensregeln für weitere Adoptiveltern abgeleitet werden können. Dabei werden in den meisten Fällen die Auswertungen der Videoaufnahmen nicht gesondert behandelt, sondern an der entsprechenden Stelle der Interviewanalysen mit eingeflochten, sowie auch die 14tägigen Protokolle. Dies hat zur Folge, daß die Informationen nicht isoliert hinsichtlich der einzelnen Methoden dargestellt werden, sondern in dem Kontext dargestellt werden, in dem sie auch für die weitere Untersuchung relevant sind.

Die einzelnen Fälle wurden einfach durchnumeriert, um die Anonymität zu wahren.
Es wird vor jeder Falldarstellung kurz angegeben, wie lange das Kind in der Familie lebt und wie lange der

Heimaufenthalt des jeweiligen Kindes war. Dies erschien sinnvoll, da die Durchschnittsangaben (siehe unter 12.4.2.) für den Einzelfall keine Relevanz haben.

Eine Falldarstellung kann nur unzureichend aufgeführt werden, da aus technischen Gründen das Interview nicht aufgenommen wurde und es für die Mutter nicht zumutbar erschien, noch einmal dieses Interview mitzumachen, da sie auch wenig Motivation hinsichtlich der Untersuchung zeigte. Die Aufnahme eines "Ersatzfalles" war zu diesem Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr möglich.

16.2. Die Nicht-Verhaltensveränderungsfälle

16.2.1. Fall 1

B. lebt seit 2,3 Jahren in der Familie und hat einen Heimaufenthalt von 11 Monaten erlebt.
Nachdem B. (Alter 3,2 Jahre) einige Zeit in Deutschland in der Adoptivfamilie gelebt hat, fing sie nachts häufig an zu weinen. Sie wachte häufiger in einer Nacht auf und weinte, wobei sie schlecht von den Eltern zu beruhigen war. Diese hatten oft den Eindruck, daß B. sie gar nicht wahrnehmen konnte, wenn sie sie nachts aufnahmen. Insgesamt hielten diese Schlafstörungen ein dreiviertel Jahr an, wurden jedoch im Laufe der Zeit in der Auftretenshäufigkeit geringer, so daß nach einem Vierteljahr schon zwei Tage zwischen dem jeweiligen nächtlichen Aufwachen und Weinen lag.
Trat das nächtliche Weinen auf, verhielt sich eines der Elternteile folgendermaßen: Wachte B. nachts auf und weinte, ging eines der Elternteile in das Zimmer und redete ruhig und sanft mit dem Kind. Beruhigte es sich daraufhin, verließ der Elternteil das Zimmer.

Weinte B. jedoch weiter, wendete sich der Elternteil dem Kind intensiver zu, indem es es streichelteund mit ihm redete. Beruhigte B. sich daraufhin noch immer nicht, nahm das Elternteil das Kind auf den Arm. Beruhigte sich B, auf dem Arm, warteten die Eltern noch eine kurze Zeit ab und legten sie dann wieder ins Bett, wo B. dann wieder einschlief.

Es ist also ersichtlich, daß die Eltern ihre Zuwendungsintensität ganz auf die Intensität des Weinens abstimmten.

Geht man vom operanten Lernen aus, müßte das nächtliche Weinen durch Zuwendung (Ȼ-) verstärkt werden, das heißt, häufiger auftreten, es nimmt jedoch über die Zeit betrachtet ab. Es ließe sich also nur mehr eine klassische Konditionierung vorstellen, wobei die Zuwendung der Eltern in der Art einer unsystematischen Desensibilisierung wirkt und somit eine Gegenkonditionierung erreicht wird. Dieses rein theoretische Problem wurde an dieser Stelle in die deskriptive Darstellung mit eingeflochten, da diese Erscheinung bei den meisten Fällen zu beobachten ist und der Leser somit dieses theoretische Konzept beim Lesen der weiteren Fälle selbst anwenden kann.

Das Prinzip der unsystematischen Desensibilisierung wurde auch bei der Flugzeugangst B.s angewendet, wobei die Zuwendung mit rationalen Erklärungen zum Beispiel, daß die Flugzeuge hier in der Stadt nicht landen könnten, gekoppelt wurde. Die anfängliche Flugzeugangst wurde durch Anklammern und Schreien geäußert. Die Mutter wandte sich dann immer B. zu, nahm sie auf den Arm und tröstete B., bis sie sich beruhigt hatte. Auf die Dauer wandelte sich die Flugzeugangst in die Angst vor lauten Geräuschen um und war beim Zeitpunkt der Untersuchung behoben.

Bei B. ist ebenfalls eine geringe Frustrationstoleranz zu verzeichnen, die sich in folgenden Situationen bemerkbar macht: Die ganze Familie sitzt um den Abendbrottisch, B. verlangt eine andere Brotsorte wie diejenigen, die auf dem Tisch stehen. Darauf reagiert eines der Elternteile, indem es erklärt, daß keine anderen Brotsorten im Hause seien. B. wird ärgerlich und fängt an zu trotzen "dann will ich überhaupt nichts essen". "Es ist gut, dann brauchst du nichts zu essen." B. fängt an zu schreien und auf den Tisch zu hauen. Daraufhin nimmt einer der Eltern B. und setzt sie vor die Tür. Dabei wird ihr folgendes Angebot gemacht: "Wenn du dich beruhigt hast, kannst du wieder kommen." B. akzeptiert dieses Vorgehen und kommt auch erst wieder in das Zimmer, wenn sie sich beruhigt hat. Sie setzt sich dann an den Tisch und ißt ganz ruhig mit, als ob nichts gewesen wäre, und beteiligt sich an den Erzählungen.

Hier wird durch Bestrafung (time out) Löschung bzw. Reduzierung des unerwünschten Verhaltens erreicht. Dieses Verhalten trat in der Anfangszeit wesentlich häufiger auf (mehrmals am Tag, wohingegen es jetzt vielleicht einmal in 14 Tagen auftritt) und schon bei wesentlich nichtigeren Anlässen, die manchmal gar nicht ersichtlich für die Eltern waren. (Es wurde keiner mehr erinnert).

Ähnlich wie bei dem Brotbeispiel verfahren die Eltern, wenn B. ihre Stimmungsschwankungen hat und anhaltend und dauernd quengelt. Auch hier ist eine wesentliche Erniedrigung der Auftretenshäufigkeit zu verzeichnen.

Beim Spielen zeigt die Mutter ein sehr hilfreiches, kooperierendes Eingreifen auf der Spielebene. Sie bezieht dabei alle Kinder in gleicher Weise ein und

wendet B. nicht mehr Aufmerksamkeit zu als den anderen Kindern. Im Spiel gibt die Mutter nur soweit Hilfestellung, wie sie von den Kindern gewünscht wird, indem sie erst nachfragt, ob sie helfen soll. Eine Ablehnung wird von ihr voll akzeptiert. Gibt sie die geforderte Hilfestellung,so nur schrittweise, indem sie zum Beispiel ein Klötzchen hält, aber nicht weiter eingreift, indem sie zum Beispiel den ganzen Turm aufbaut, für den sie das Klötzchen hält. Die Kinder können so sehr selbständig agieren. Bei Konfliktsituationen im Spiel bietet die Mutter Kompromißlösungen an (zum Beispiel "Jetzt kannst du ja das grüne Auto auf der Rutsche herunterfahren lassen und dann könnt ihr tauschen."). Akzeptieren die Kinder den Kompromiß, wird er auch selbständig von ihnen eingehalten. Bei Leistungen der Kinder im Spiel wird von seiten der Mutter positiv verstärkt.

Ansonsten schaltet sich die Mutter primär nur in das Spielgeschehen ein, wenn sie von den Kindern dazu aufgefordert wird. Alle Kinder können frei und kooperativ miteinander spielen.

Bei der teilnehmenden Beobachtung fällt auf, daß die Mutter auf B. in derselben Art reagiert wie auf die übrigen Kinder und ihr nicht mehr Zuwendung zukommen läßt. Dies macht sich in einer sehr entspannten Atmosphäre innerhalb der Familie bemerkbar, was man besonders an der Kommunikation zwischen den Geschwistern bemerkt.

Insgesamt reagiert die Mutter (die Eltern) mit sehr viel Zuwendung auf B. (starke Tendenz zu C+); wird Bestrafung eingesetzt, handelt es sich immer nur um time out, was die emotionale Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind im Gegensatz zu anderen Bestrafungen am wenigsten belastet.

16.2.2. Fall 2

K. lebte 12 Monate in einem Heim und nun vier Monate in der Familie.
Anfänglich war K. total apathisch und reagierte wahrnehmbar auf keinen einzigen Reiz aus seiner Umgebung. Um einen emotionalen Kontakt herzustellen und das Kind aus der Apathie zu lösen, trug die Mutter das Kind in den ersten Monaten ständig in einem Tragetuch bei sich. Die erste Reaktion auf eine Umweltveränderung begann nach vier Wochen Familienaufenthalt, und zwar wurde das Herausnehmen und Absetzen aus dem Tragetuch mit Wimmern beantwortet. Das Kind wurde auch in der folgenden Zeit primär im Tragetuch herumgetragen, bis er nach einigen weiteren Wochen von sich aus verlangte, aus dem Tragetuch herausgehoben zu werden. Der Anlaß war sein fast gleichaltriger Bruder, der auf dem Boden saß und spielte, was K. so interessierte, daß er sich selbständig von der Mutter löste. Dieser Veränderungsprozeß - von keiner wahrnehmbaren Reaktion auf die Umwelt bis hin zu dem Bedürfnis des aktiven Eingreifens und Gestaltens der Umwelt - dauerte drei Monate.

In dieser Zeit ist auch ein starkes autoaggressives und selbststimulierendes Verhalten zu beobachten. Setzte die Mutter das Kind kurzzeitig aus dem Tragetuch heraus, dann schlug K. mit dem Kopf stark gegen die Wände oder andere Gegenstände, riß sich die Ohren wund oder knirschte stark mit den Zähnen. Auch spielte er in dieser Zeit ungewöhnlich lange auf die gleiche Art mit seinen Händen, Lippen und der Zunge. Dieses Verhalten trat meistens aufgrund einer Frustration auf, zum Beispiel, daß er sich alleingelassen fühlte, sich allein langweilte oder ihm ein Gegenstand verweigert wurde. Die Eltern reagierten darauf immer mit Zuwendung, indem sie ihn streichelten, ruhig mit ihm

sprachen, ihn trösteten und/oder ihm bei verbotenen Gegenständen ein neues Spielangebot machten. Das Kopfschlagen und Zähneknirschen legte sich daraufhin gänzlich, wohingegen das Ohrreißen, wenn auch mit einer wesentlich geringeren Auftretenshäufigkeit, bei Unwohlseingefühlen noch zu beobachten ist. Die Eltern wenden sich dann auch heute noch dem Kind zu und bieten ihm ein Spielzeug an. Das problematische Verhalten hört dann auf.

In der Anfangszeit lutschte das Kind auch anhaltend an zwei Fingern, deren Fingernägel völlig abgelutscht waren. Diese Erscheinung legte sich im selben Zeitraum wie das Kopfschlagen und Zähneknirschen. Diese selbststimulierenden und autoaggressiven Verhaltensweisen nahmen in dem Maße ab, indem das Kind befähigter wurde, seine Umwelt wahrzunehmen, auf diese zu reagieren lernte und auch langsam Objekte mit einem Attraktivitätsgrad besetzt wurden. Um diese Entwicklung überhaupt erst einmal ermöglichen zu können, war die uneingeschränkte Zuwendung und der ständige Körperkontakt anscheinend die wesentliche Voraussetzung.

Das generelle Prinzip der Eltern in der Anfangszeit war, erst einmal jede Frustration für das Kind zu vermeiden und bestimmte Begrenzungen erst zu einem späteren Zeitpunkt einzuführen. Dazu gehörte auch, daß sie das ständige Eßbedürfnis des Kindes zu befriedigen suchten, indem sie eine Schale mit Eßsachen in Reichweite des Kindes aufstellten, so daß es immer die Möglichkeit hatte, dieses Bedürfnis zu befriedigen. Ein massives Problem war das Zu-Bett-bringen und Schlafen in den ersten Monaten. Anfänglich war es unmöglich, das Kind einfach ins Bett zu legen, da es sich dann so in Trance schrie, bis es keine Luft mehr bekam. Es war dann auch durch Trösten oder Streicheln nicht zu beruhigen. Die Eltern schlugen ihm dann leicht

auf die Backe, bis er sie wieder anschaute und sich dann auch wieder beruhigen ließ. Wegen dieser Schwierigkeiten trugen die Eltern das Kind auch so lange auf dem Arm bis es eingeschlafen war. Beim Ins-Bett-legen wachte das Kind jedoch meistens wieder auf, so daß die Eltern es wieder auf den Arm nehmen mußten. Dies wiederholte sich mehrere Male am Abend. Es mußte auch immer eines der Elternteile mit ins Bett gehen, da das Kind sofort aufwachte, wenn sich der Elternteil aus dem Zimmer entfernte. In der Anfangszeit wachte K. 20 - 30 mal in der Nacht auf und wurde von den Eltern herumgetragen, gestreichelt und getröstet. Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchungsfahrt reichte es schon aus, wenn die Eltern ihm kurz über den Kopf streichelten, wenn es aufwachte. Auch war die Häufigkeit des nächtlichen Aufwachens stark gesunken, und zwar auf 5 - 6 mal pro Nacht. Bei der zweiten Untersuchungsfahrt schlief es schon ruhig in seinem eigenen Zimmer und brauchte die Anwesenheit der Eltern nur beim Einschlafen, was sich jedoch auf eine nur kurze Zeitspanne von 1 - 5 Minuten ausdehnte. Die Eltern hatten jedoch auch zu dem Zeitpunkt die Einstellung, nachts zu ihm hinzugehen, wenn er aufwachen sollte. Der Fall war jedoch noch nicht eingetreten.

Insgesamt war die Entwicklung von der völligen Apathie bis zu dem heutigen Beziehungsverhältnis durch einige Entwicklungsstufen gekennzeichnet. Zu dem Zeitpunkt, zu dem sich die Apathie löste und das Kind sich der Umwelt langsam zuwandte, lag noch keine Differenzierung hinsichtlich der einzelnen Personen und Gegenstände vor. So wollte K. von jedem gestreichelt werden, auf den Schoß genommen und beachtet werden. Ähnlich undifferenziert verlief die Kennzeichnung und Benennung von Gegenständen. So wurden Gegenstände nur nach ihrem Standort benannt, tauschte man eine Vase durch ein Buch aus, so wurde das Buch als Vase betitelt. Auch

Generalisierungsleistungen im Begrifflichen wurden nicht geleistet und waren auch erst bei der zweiten Untersuchungsfahrt zu verzeichnen. Es trat dann die Phase ein, indem das Kind auf die Trennung von der Mutter mit weinen reagierte. Sobald die Mutter aus dem Zimmer ging, fing er an zu weinen oder erstarrte vor Schreck. Auch in seiner Bedürfnisbefriedigung war er völlig auf die Mutter fixiert. Ließ die Mutter ihn in dieser Phase für eine kurze Zeit bei Fremden, fing er an zu weinen, ließ sich jedoch beruhigen. Kam die Mutter dann wieder, zeigte er keinerlei Reaktion auf ihr Zurückkommen. Zum Zeitpunkt der zweiten Untersuchungsfahrt war er erstmals fähig, eine längere Zeit bei Nicht-Familienmitgliedern zu bleiben, ohne zu weinen, und er zeigte auch Freude als die Mutter wiederkam.

Gleichzeitig mit der Lösung der Apathie und der Entwicklung des eigenen Willens traten dann aber auch Verhaltensweisen auf, durch die K. seinen Willen auf jeden Fall durchsetzen wollte, indem er brüllte oder aggressiv wurde. Hier liegt eine besonders schwierige Aufgabe für die Eltern, ihrem emotional völlig gewährenden Zuwendungsverhalten wieder gewisse Grenzen zu setzen, was in diesem Fall ausgezeichnet durch eine sehr fein abgestufte Differenzierung der Eltern hinsichtlich der Bedürfnisse des Kindes erreicht wurde. So kann es K. manchmal nicht ertragen, wenn die Mutter seinen gleichaltrigen Bruder wickelt und der Vater ihn. Er fängt dann an zu schreien und sich gegen den Vater zu wehren. Die Mutter reagiert dann nicht auf sein Brüllen und macht den Bruder zuerst fertig. Ist dies geschehen, wartet sie einen Augenblick ab, in dem K. aufgehört hat zu schreien und nimmt ihn dann hoch. Manchmal fängt er in diesem Augenblick wieder an zu schreien, worauf die Mutter ihn sofort wieder absetzt und wartet bis er aufhört. Sie nimmt ihn dann wiederum auf den Arm und meistens verhält sich K. dann friedlich.

Die Mutter reagiert hier also völlig adäquat, indem sie das unadäquate Verhalten des Kindes, die Mutter völlig für sich beanspruchen zu wollen, während sie den Bruder wickelt, durch Nichtbeachten zu löschen versucht und gleichzeitig das adäquate Verhalten, das Ruhigsein verstärkt, indem sie sich dann dem Kind zuwendet. Wesentlich ist hier auch die Konsequenz, mit der die Eltern ihr eigenes Verhalten kontrollieren.

Auf der anderen Seite haben die Eltern auch sehr gut gelernt, das Schreien K.s zu differenzieren. So haben sie in einem anderen Fall bei Angstschreien K.s versucht, dieses auf die gleiche Art des Nichtbeachtens zu behandeln. Sie stellten jedoch fest, daß das Kind sich so in Trance schrie, wie in der Anfangsphase und erst nach Stunden wieder zu beruhigen war.

Weiterhin zeigt K. auch Angst bei neuen und unbekannten Gegenständen. Die Eltern wenden hier ganz bewußt Imitationslernen an, indem sie mit dem fast gleichaltrigen Bruder mit den angstbesetzten Gegenständen spielen und sich ihm dabei stark zuwenden. Nach einigen Tagen spielt dann auch K. mit den Gegenständen und erhält dann die volle Aufmerksamkeit der Eltern.

Interessant ist auch, daß K. immer an den Haaren der Eltern lutscht, wenn er in ihrer Nähe ist. Es scheint ein häufiges Bedürfnis dieser kleineren Kinder zu sein, intensiv an etwas zu lutschen, was zu den Eltern gehört.

Insgesamt neigen die Eltern sehr stark zu einem zuwendenden und verstärkenden Verhalten. Es werden wenige Verhaltensweisen als unerwünscht von ihnen angesehen bzw. auch wenige Verbote aufgestellt, doch diese werden dann konsequent durchgeführt, so daß eine intermittierende Verstärkung nicht auftritt. Es

scheint den Eltern außerdem sehr gut gelungen zu sein, langsam wieder Grenzen für das kindliche Verhalten einzuführen, nachdem sie ihm in der Anfangszeit eine uneingeschränkte emotionale Zufuhr und Vermeidung von Frustrationen geboten haben. Dabei wird das unadäquate Verhalten nur durch Nichtbeachtung bestraft.

Auch beim Spielverhalten werden beide Kinder gleichwertig behandelt und ihnen völlige Freiheit im Spielverlauf gewährt. Insgesamt gewann man den Eindruck einer sehr warmen und akzeptierenden Atmosphäre und eines stark ausgeprägten partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen den beiden Elternteilen, was sich wohl sehr bei der Überwindung der nächtlichen Schlafstörungen bewährt hat.

16.2.3. Fall 3

A. lebt seit 3,2 Jahren in der Familie und hat einen Heimaufenthalt von ungefähr fünf Monaten gehabt, sowie einen Pflegefamilienaufenthalt von drei Monaten.

Auch bei A. traten in der Anfangszeit Schlafstörungen auf, auch wenn in keiner sehr ausgeprägten Form. So wachte sie häufiger nachts auf, schrie und sah manchmal verschiedene Tiere oder Gestalten im Zimmer. Bei nächtlichem Angstgeschrei sind die Eltern immer zu A. gegangen und haben sie gestreichelt, erklärt und getröstet. Das nächtliche Aufwachen legte sich daraufhin nach einigen Wochen, jedoch machte sich dann eine Dunkelangst beim Einschlafen bemerkbar. (Diese Dunkelangst kann auch entwicklungsmäßig aufgetreten sein.) Da der Vater den Eindruck hatte, daß A. diese Ängste als Erpressungsmittel einzusetzen versuchte, um mehr Aufmerksamkeit von den Eltern zu erhalten, versuchte

er dies abzubauen, indem er A. sagte, daß sie sich nicht so anstellen solle. Dies hatte zur Folge, daß A. in panische Angstschreianfälle verfiel. Die Eltern zogen die Konsequenz daraus und versuchten mehrere technische Möglichkeiten, bis A. bei angelassenem Licht im Flur beruhigt einschlief. Bei Verboten hinsichtlich ihres eigenen Willens, zog sich A. in sich selbst zurück, wandte sich dann vom Verbieter ab und begann leise vor sich hin,diesen zu beschimpfen. Die Eltern beachteten·dieses Verhalten nie, reagierten aber immer mit Zuwendung wie streicheln oder auf den Arm nehmen, wenn A. nach dieser Bockzeit wieder zu den Eltern kam.

Obwohl die Eltern angeben, daß sich A. ausgezeichnet eingelebt habe, scheint A. doch noch ein zur Ängstlichkeit neigendes und stark zärtlichkeitsbedürftiges Kind zu sein. Unbekannte Menschen - seien es Kinder oder Erwachsene - flößen ihr Angst ein, so daß sie sich sofort zu einem Elternteil flüchtet. Die Eltern lassen sie dann gewähren, schenken ihr aber keine besondere Beachtung und nach einiger Zeit der Anwesenheit von Fremden legt sich dann dieses Verhalten. Auch könnte A. den ganzen Tag Zärtlichkeiten von den Eltern bekommen, was diese,soweit es möglich ist, auch zu erfüllen versuchen.

Die Angst vor Fremden machte sich besonders beim ersten Kindergartenbesuch bemerkbar. A. verlangte von der Mutter, daß sie sich nicht von ihrer Seite entfernen sollte. Die Mutter ging jedoch unter dem Versprechen, sie nach einer bestimmten Zeit wieder abzuholen. A. reagierte daraufhin mit Weinen, was sich jedoch sehr schnell legte, nachdem die Mutter weggegangen war. Sie mochte sich jedoch an diesem ersten Tag nicht am Spiel beteiligen und war auch

nicht abzulenken. Dieses Verhalten legte sich aber zusehens mit jedem Kindergartenbesuch und heute geht sie sehr gerne dort hin. Die Mutter meinte, daß dieser Schritt ihrerseits unbedingt notwendig gewesen sei, damit sich die Angst vor Fremden durch den nie richtig gelernten Umgang mit Fremden (die Eltern wohnen auf dem Land und außer der Familie scheinen keine Kontaktpersonen da zu sein) nicht noch mehr steigere und sich bei Schuleintritt als eine schlecht zu überbrückende Schwierigkeit für das Lernen herauskristallisieren könnte.

Starke Ängste bestehen oder bestanden auch bei Flugzeuggeräuschen, Krankenhäusern und Ärzten. Bei den letztgenannten Ängsten liegen keine näheren Angaben vor. Sobald Flugzeuggeräusche zu hören waren, erstarrte A. und klammerte sich an die Mutter, die sie dann hoch nahm, streichelte und rational zu erklären versuchte, daß die Flugzeuge hier nicht landen könnten. In diesen Situationen war A. relativ schnell zu beruhigen. Es passierte jedoch häufiger, daß A. im Garten spielte, das Motorengeräusch hörte, ins Haus zur Mutter zu flüchten versuchte, jedoch dies dann nicht mehr schaffte. Wenn das Flugzeuggeräusch direkt über dem Haus zu hören war und sie die Mutter nicht mehr erreicht hatte, blieb sie wie erstarrt stehen und war völlig verzweifelt. Es dauerte dann wesentlich länger und war auch wesentlich schwieriger, sie zu beruhigen. Die Mutter setzte dann die etwas ältere Schwester als Beschützer ein, da die beiden Kinder meistens zusammen spielen, in deren Arme sie sich flüchten könne, da die Schwester sie beschützen würde. Mittlerweile hat die Angst stark nachgelassen und die Eltern haben den Eindruck, daß es mittlerweile schon mehr zu einem Ritual unter den Geschwistern geworden sei.

Ein weiterer Hinweis, daß bei A. noch eine emotionale Verunsicherung vorliegen könnte, ist, daß sie häufiger nachts einnäßt. Es waren leider keine Bedingungen herauszukristallisieren, durch die dieses nächtliche Einnässen hervorgerufen werden hätte können. Auch das elterliche Verhalten - dieses nächtliche Einnässen hinzunehmen - brachte keinen Hinweis und im sonstigen Elternverhalten waren auch keine Hinweise zu finden.

Das Spielverhalten von A. ist selbständig und sie kann gut mit den Materialien umgehen. Die Mutter beschäftigt sich im gemeinsamen Spiel mit allen Kindern und läßt ihnen freie Spielauswahl.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob A. doch noch emotional etwas aufzuholen hat, da sie nachts einnäßt, jedoch konnten keine spezifischen Situationen oder Ereignisse herauskristallisiert werden, bei denen dieses Einnässen verstärkt auftritt.

Es ist festzustellen, daß die Eltern mit sehr viel Verstärkung arbeiten, wie Lob und Zuwendungen, und wenn Bestrafungen eingesetzt werden, es sich um Nicht-beachten des Verhaltens handelt.

Etwas bedenklich scheint die Situation für die jüngste leibliche Tochter zu sein, die die beiden Adoptionen emotional nicht verkraftet hat und seit diesem Zeitpunkt auf dem einen Auge schielt. Die Eltern versuchen durch stärkere Aufmerksamkeit oder Erklärungen, warum man sich bei der Untersuchung nicht mit ihr beschäftigt, die Situation auszugleichen.

16.2.4. Fall 4

Leider sind die Angaben bei diesem Fall äußerst mangelhaft, da technische Ausfälle keine explizite Informationssammlung gewährleistet haben und aus schon oben erwähnten Gründen das Interview auch nicht wiederholt werden konnte.

K. lebt seit 1,1 Jahren in der Familie. Über seine Vergangenheit ist nichts bekannt.
Der anfängliche Zustand von K. war schon durch eine extrem schlechte körperliche Verfassung total apathisch. Er lag im Krankenhaus, wo sich sein Zustand von Tag zu Tag verschlechterte. Obwohl er im Krankenhaus künstlich ernährt werden mußte, einen Luftröhrenschnitt hatte, unter gewissen Temperaturbedingungen und völlig steril gehalten werden mußte, entschlossen sich die Eltern, ihn, nachdem sie sahen, wie von Tag zu Tag sich sein körperlicher Zustand verschlechterte, nach Hause zu nehmen. Dort war eine Kontaktaufnahme wegen der Sterilisation nur sehr beschränkt möglich, aber das Kind erholte sich zusehends.Die erste emotionale Schwierigkeit begann, als die künstliche Ernährung abgesetzt wurde und K. sich weigerte, Nahrung über einen Löffel aufzunehmen, wenn die Mutter ihn dabei anschaute. Die Mutter bemühte sich, dieses zu vermeiden und begann auch erst mit Zärtlichkeiten als das Kind diese von sich aus verlangte.
Waren in dieser Zeit Fremde anwesend, erstarrte K. und reagierte mit Aggressionen, wenn sie sich ihm näherten. Auch heute kann K. es nicht ertragen, wenn Fremde über längere Zeit in der Familie anwesend sind.

Ganz extrem ausgeprägt ist die geringe Frustrationstoleranz K.s. So wird jede Verweigerung seines Willens mit richtigen Tobsuchtsanfällen beantwortet. Dies hat

sich nach der Beobachtung der Untersucher bis heute auch nicht gelegt. Ein weiteres Anzeichen für seine geringe Frustrationstoleranz ist auch, daß er dem Vater gegenüber aggressiv reagiert, wenn dieser über längere Zeit sich nicht in der Familie aufgehalten hat.

Auch bei K. tritt massive Angst vor Düsenjägern auf und er klammert sich dann immer an die Mutter, die ihn dann auf den Arm nimmt und tröstet.

Aufgenommen wurde dieser Fall in der Nichtveränderungsgruppe, da zum einen die Entwicklung von K. sich positiv und immer entspannter entwickelt und zum anderen, weil nicht genügend explizite Informationen vorliegen, um eine effektive Analyse zu gewährleisten.

Im Spiel läßt die Mutter K. sehr viel Freiheit und geht auf der verbalen Ebene sehr gut auf seine Spielgedanken ein. Das Spiel gestaltet K. sehr phantasievoll nach seinen eigenen Erlebnissen und entwickelt dabei ganze Geschichten.

16.2.5. Fall 5

F. lebte neun Monate im Heim und seit vier Monaten in der Familie.
Die Hauptschwierigkeiten bei F. liegen für die Eltern in seinem starken Eßbedürfnis und in seinen Einschlafschwierigkeiten.

Sobald F. etwas zu essen sieht, fängt er an zu weinen und zu wimmern, wenn er nicht sofort etwas zu essen bekommt. Er generalisiert dieses Verhalten auch auf

sein Eßgeschirr, denn sobald die Eltern ihm den Teller oder den Löffel, wenn er fertig gegessen hat, wegnehmen wollen, und die anderen noch essen, fängt er an zu schreien. Anders verhält sich F., wenn der ganze Tisch abgeräumt wird und die anderen auch nicht mehr essen. Die Eltern lassen ihm seitdem sein Eßgeschirr solange bis sie auch selbst zu Ende gegessen haben.

Das starke Eßbedürfnis F.s bedeutet für die Eltern einen Konflikt, da sie sich nicht dazu durchringen können, ihn soviel essen zu lassen, wie er möchte, da sie eine Überforderung seines Organismus befürchten. Sie versuchen ihm daher anstelle von Süßigkeiten, die auf dem Tisch stehen, harte Brotkanten anzubieten, bei denen er das Eßgefühl haben kann, doch lange kauen muß und somit seinen Magen nicht so überfüllen kann. Diese sehr gute Idee funktioniert nur nicht, solange das bessere Angebot zu sehen ist.

Den Eltern wurde daher die Erfahrung anderer Eltern rückgemeldet, die ausgezeichnete Erfahrungen damit machten, daß sie die Kinder anfänglich alles essen ließen und ihnen ständig ein Eßangebot hinstellten. Die Kinder regulierten nach einiger Zeit selbständig die Eßmengen auf ein normales Maß.

Das abendliche Zu-Bett-bringen ist ein Problem, da F. nicht allein einschläft. Eines der Elternteile legt sich abends immer neben ihn und streichelt ihn sanft. F. wälzt sich dabei im Bett herum "als ob er Schmerzen hätte" und schläft dann vor Erschöpfung ein. Entfernen sich die Eltern, bevor er richtig eingeschlafen ist, wacht er wieder auf und fängt an zu weinen. Er läßt sich dann wesentlich schwieriger beruhigen und die Zeitspanne, bis er wieder einschläft, erhöht sich stark.

Die Einschlafzeiten haben sich auf einige Minuten reduziert und die Mutter setzt sich heute nur mehr auf das Bett und streichelt ihn.

Anfänglich wachte F. auch häufiger in der Nacht auf (fünf- bis achtmal) und fing an zu weinen. Die Eltern stehen dann immer auf und gehen zu ihm. In der ersten Zeit mußte sich immer ein Elternteil neben ihn legen und ihn streicheln, bis er wieder eingeschlafen war. Heute reicht es völlig aus, wenn die Eltern ihn kurz streicheln und ihm auch verbal versichern, daß sie da seien. Mittlerweile schläft F. manchmal schon die Nächte durch.

Ein starkes Lutschbedürfnis ist bei F. auch zu beobachten. Ist er allein, lutscht er an seinen Fingern oder an einem Nuckeltuch. Sitzt er hingegen auf dem Schoß der Eltern, lutscht er intensiv an ihren Blusen- bzw. Hemdenkragen. Die Eltern lassen ihn gewähren. Hinzu kommt, daß sich dieses Verhalten immer mehr mit den weiteren Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit den Eltern legt. Anfänglich lächelte F. nie und nahm auch sonst keinen Kontakt zu den Eltern auf. Nach drei Monaten in der Familie fing er das erste Mal an, die Mutter anzulächeln und einige Tage später den Vater. In diesen Zeitraum fällt auch die wachsende Fähigkeit der Differenzierung zwischen der Mutter und anderen Personen. So ließ er sich nun nicht mehr von jedem auf den Schoß nehmen, sondern flüchtete zur Mutter, wenn Fremde da waren.

Für die Mutter war dies ein entscheidender Entwicklungsschritt, da sich dadurch das Gefühl der Mutter, primär nur als Versorgungsfaktor vom Kind angesehen zu werden, in ein positives emotionales Beziehungsverhältnis verwandelte. Dadurch ließ auch die emotionale

Enttäuschung der Mutter, die sich durch die Abweisung F.s von Zärtlichkeiten entwickelte und im Gegensatz zu den Bedürfnissen der Mutter, endlich ein Kind zum Schmusen zu haben, nach und war gleichzeitig für sie eine Bestätigung, daß ihr Verhalten gegenüber dem Kind und ihre Geduld richtig waren.

Die Mutter konnte sich dann vorübergehend nicht einen Schritt von F. entfernen, denn sobald er merkte, daß er allein war, fing er an zu schreien. Mittlerweile bleibt F. dann nicht einfach schreiend sitzen, sondern sucht die Mutter aktiv in der Wohnung. Hinzu kam, daß die Mutter versuchte, wenn sie etwas zu tun hatte, durch die ständige Wiederholung des Satzes "ich komme gleich zu dir" und dem Hingehen nach Beendigung der Tätigkeit, eine Assoziation zwischen dem verbalen und dem etwas später eintretenden positiven Ereignis des auf den Armnehmens zu knüpfen. Dies scheint gelungen zu sein, da F. auf das verbale Antworten reagiert und wieder ruhig wird. Allerdings darf der Zeitraum zwischen der verbalen Ankündigung und der Handlung nicht zu groß sein.

Auch dies bedeutete eine große Erleichterung für die Mutter, die sich so "belagert" von den ständigen Ansprüchen F.s empfunden hatte, daß sie oft das Gefühl hatte, nicht mehr durchhalten zu können und nur mehr das Bedürfnis hatte, aus der Wohnung und den damit verbundenen Ansprüchen zu entfliehen.

Jede Wunschverweigerung löst bei F. Schreien aus. Die Mutter reagiert darauf mit Nichtbeachten, nimmt ihn aber sofort auf den Arm und streichelt ihn, wenn er aufhört zu schreien, so daß das unadäquate Verhalten gelöscht wird und das adäquate Verhalten verstärkt wird.

Das Spielverhalten des Kindes war schlecht zu registrieren, da der Vater sich ständig durch Anweisungen für die Mutter einschaltete. Die Mutter bietet F. wahllos Gegenstände an, auch wenn sich F. gerade mit etwas anderem beschäftigt. Sie läßt F. in Ruhe spielen, wenn sie sich mit dem Bruder beschäftigt. Zu ihm scheint sie eine engere emotionale Beziehung zu haben, wohingegen eine merkliche Distanz zu F. vorhanden zu sein scheint. Auch hat man den Eindruck, daß sie F.s Spiel nicht interessiert und sie nicht so recht weiß, was F. in seinem Spiel ausdrücken will, so daß F. die meiste Zeit allein dasitzt und spielt.

Insgesamt scheint die Mutter noch starke Schwierigkeiten zu haben, eine emotionale Beziehung zu F. zu knüpfen. Hier könnte die Einstellung der Mutter zum Gebären mit eine Rolle spielen, da sie dies als ihre Eigenleistung ansieht und noch Schwierigkeiten hat, die Bewältigung der entstehenden Probleme als parallele Leistung von sich anzuerkennen. Hinzu kommt, daß die Mutter sich häufig durch die Anforderungen überfordert fühlte. Durch die Differenzierung F.s hinsichtlich der Mutter, indem er sie mittlerweile als Hauptbezugsperson ansieht und auch Kontaktaufnahmen wie Lächeln mittlerweile gelernt hat, scheint sich auch von seiten der Mutter langsam eine Veränderung der emotionalen Beziehung zu F. einzustellen.

Erstaunlich ist die Zielsicherheit, mit der die Mutter lerntheoretische Grundsätze intuitiv anzuwenden weiß, sowie auch die emotionale Zuwendung bei Angst, die F. hat. Die Eltern arbeiten primär mit Verstärkung und auf dem Bestrafungsgebiet nur mit Nichtbeachten.

16.2.6. Fall 6

C. lebte sechs Monate im Heim, ehe sie vor 2,4 Jahren in die Familie aufgenommen wurde.
Anfänglich war C. sehr apathisch und lehnte jedes Angebot aus der Umwelt ab bzw. nahm diese Angebote gar nicht wahr. Dies war sowohl bei Spielzeugangeboten zu verzeichnen, als auch bei der Zuwendung der Eltern, indem sie mit ihr sprachen, sie streichelten. Soweit es der Mutter möglich war, hat sie C. in dieser Zeit überall mit hingenommen und versucht, sich ständig in ihrer Nähe aufzuhalten. Es wurde daher ein Laufstall so im Wohnzimmer aufgebaut, daß C. die Mutter sowohl in der Küche als auch im Wohnzimmer bei jeder Tätigkeit beobachten konnte. Die Mutter hat sich sehr stark in dieser Zeit mit dem Kind beschäftigt, indem sie ihm immer wieder Spielzeug anbot oder vor den Augen des Kindes selbst spielte, so daß das Kind die Möglichkeit hatte, durch die Umweltanregung langsam aus seiner Apathie herauszugleiten und dann auch langsam anfing, die Gegenstände zu fixieren und nach ihnen zu greifen. Auffallend war, daß C. nicht wieder nach dem Spielzeug griff, wenn es ihr aus der Hand gefallen war, so "als ob eine Mauer dazwischen sei".

Als sich die Apathie bei C. langsam löste, nahm ihre Abwehr gegen Zärtlichkeiten von seiten der Mutter immer mehr zu. Die Mutter konnte dieses Empfinden des Kindes nach dem Heimaufenthalt gut verstehen und akzeptieren und vermied jede Zärtlichkeit, die von ihr ausging. Sie wartete vielmehr ab, bis das Kind von sich aus Zärtlichkeiten forderte und versuchte auch dem Kind dann jeweils nur soviel Zärtlichkeit zukommen zu lassen, wie es den Bedürfnissen des Kindes entsprach. Das hat heute zur Folge, daß C. sehr anhänglich ist und ein gewisses Quantum an Zärtlichkeiten richtig fordert.

Sehr ausgeprägt war auch ein autoaggressives Verhalten von C. So fügte sich C. bei jeder Art von Frustration, die sie durch Beschränkungen seitens der Eltern erlebte, tiefe Kratzwunden auf den Armen und im Gesicht zu. Die Mutter entwickelte dabei eine ausgezeichnete Verhaltenstaktik. Sie wandte sich mit viel Verständnis und Zärtlichkeit dem Kinde zu, verbalisierte auch, daß sie es verstehen könne, daß sie sich jetzt irgendwie zurückgestoßen fühle, aber daß sie es aus folgenden Gründen (rationale Erklärung) nicht erlauben könne. Die Mutter versuchte also das Verbot in vollem Umfang aufrechtzuerhalten, aber versuchte dabei gleichzeitig, dem Kind das Gefühl zu vermitteln, daß diese Verbote nicht mit einer Ablehnung gegenüber dem Kind gekoppelt ist. Die Wutausbrüche haben sich durch dieses Verhalten stark reduziert, und zwar von mindestens 20 - 30 Wutanfällen auf eine "überschaubare und nicht so intensive" Anzahl. Allerdings ist auch heute noch zu verzeichnen, daß C. laut und aggressiv wird, wenn sie etwas nicht erhält, da sie noch immer die Aufmerksamkeit der Mutter damit erreicht. So notwendig zu Anfang die Zuwendung der Mutter bei den autoaggressiven Verhaltensweisen auch gewesen ist, so negativ kann sich auf die Dauer diese Verstärkung des unadäquaten Verhaltens in den folgenden Sozialkontakten für C. sein. Aus diesem Grunde wurde der Mutter empfohlen, ihr Verhalten daraufhin weiter zu überprüfen. Weiterhin wurde versucht ihr aufzuzeigen, welche möglichen negativen Auswirkungen das im Kindergarten oder in der Schule haben könnte als auch für den älteren Bruder, sowie auch die Gefahr besteht, daß dieser dieses Verhalten immer mehr übernehmen könnte, da er den Erfolg sieht.

Es wurde für die Mutter kein Programm ausgearbeitet, da zum einen keine Verhaltensanalyse anhand der Protokolle geleistet werden konnte als auch die Mutter fähig war, in vielen Fällen dieses Verhalten zu übergehen oder mit time out zu beantworten. Daher schien es auch ausreichend, sie auf die Gefahr der intermittierenden Verstärkung hinzuweisen.

Nachdem sich C. nach einer Eingewöhnungszeit wieder für ihre Umwelt interessierte, hatte sie ein starkes Bedürfnis, immer wieder Baby zu spielen, herumgetragen zu werden und die Flasche zu bekommen. Die Mutter ging auf diese Bedürfnisse ein und erfüllte diese Forderungen. Diese Bedürfnisse traten jetzt wieder auf, als ein kleines Geschwister in die Familie aufgenommen wurde, und die Mutter kann diese Gefühle auch jetzt völlig akzeptieren und erfüllt sie daher auch.

Sehr stark ausgeprägt ist das Empfinden der Eifersucht dem älteren Bruder gegenüber. Sobald sich die Mutter mit ihm beschäftugt, nimmt sich C. ein Kissen und kuschelt sich an dieses an. Die Mutter beachtet dieses Verhalten nicht, da sie der Ansicht ist, daß sich C. daran gewöhnen muß, daß die Mutter für alle Kinder Zeit und Aufmerksamkeit aufbringen muß. Dies scheint sich auch verbessert zu haben, da C. früher direkte Aggressionen dem Bruder gegenüber gezeigt hat, indem sie ihn schlug oder biß. Die Mutter reagierte daraufhin immer mit time out.

Im gemeinsamen Spiel zeigte sich, daß die Mutter sowohl in der zugewandten Körperhaltung als auch im verbalen Eingehen primär auf C. und nicht auch zu gleichen Teilen auf den Bruder reagierte. Dies wurde ihr als Beobachtung weitergegeben und die Gefahr aufgezeigt, daß der Bruder sich - falls das öfters auf-

treten sollte - zurückgesetzt fühlen könnte, was sich wiederum in Spannungen zwischen den Geschwistern niederschlagen könnte. Hier muß allerdings mitbedacht werden, wieweit diese Filmausschnitte sehr typisch für das Verhalten der Mutter sind, da die Untersucher sich vorher ausschließlich über das Adoptivkind informierten und somit auch eine Aufmerksamkeitsverschiebung zugunsten des Adoptivkindes stattgefunden haben kann. Hinzu kommt, daß die Mutter sich sehr unwohl beim Filmen fühlte.

C. kann mit dem Spielmaterial sehr vielfältig und abwandlungsreich spielen. Sie bleibt dabei über längere Zeit an einem Spielgeschehen und schmückt dies sowohl durch Hinzufügen oder Wegnehmen von Spielgegenständen aus und untermauert das Spiel mit verbalen Kommentaren.

Insgesamt macht die Mutter einen sehr akzeptierenden und einfühlsamen Eindruck hinsichtlich der Schwierigkeiten des Kindes. Besonders deutlich wird das in der Akzeptierung der anfänglichen Ablehnung C.s von mütterlichen Zärtlichkeiten. Das Erziehungsverhalten der Mutter besteht primär aus verstärkenden Elementen wie Zuwendung und Zärtlichkeit. Bei Löschungsversuchen wird primär Nichtbeachten und time out verwandt, auch wenn hier öfters die Gefahr einer intermittierenden Verstärkung zu verzeichnen ist.

16.2.7. Fall 7

Über die Länge des Heimaufenthaltes ist nichts bekannt.
A. lebt seit 1,11 Jahren in der Familie.
A. war anfänglich sehr apathisch und war auch durch keine Umweltreizung aus dieser Apathie zu lösen. Sie schaukelte häufig mit dem Kopf und dem ganzen Ober-

körper hin und her. Die Mutter beschäftigte sich in den ersten vier Wochen sehr intensiv mit dem Kind, indem sie vor A. mit Spielzeug baute und A., sobald sie wieder anfing zu schaukeln, sofort auf den Arm nahm. Auch entfernte sich die Mutter fast nie aus dem Zimmer, indem sie den Laufstall von A. aufgebaut hatte. War dies doch nötig, nahm die Mutter A. auf dem Arm mit. Nach vier Monaten traten keine Schaukelbewegungen mehr auf. Das erwachende Interesse an der Umwelt anstatt des apathischen Herumliegens machte sich durch sofortiges Schreien, sobald die Mutter das Zimmer verließ, bemerkbar, was jeweils durch sofortige Zuwendung von der Mutter beantwortet wurde.

Wenn A. abends ins Bett gebracht werden sollte, dann fing sie an zu weinen. Die Mutter setzte sich dann solange neben A. aufs Bett und streichelte sie, bis sie eingeschlafen war. Nachts wachte A. häufiger auf (vier- bis achtmal) und fing laut an zu weinen und zu schreien. Die Eltern versuchten das Schreien einfach zu übergehen, da sie dachten, daß sich A. schon wieder selbst beruhigen würde. A. schrie sich jedoch dann immer in Ekstase, bis die Eltern zu ihr kamen. A. war in diesen Fällen wesentlich schlechter zu beruhigen, und es dauerte sehr lange, bis A. wieder einschlief. Die Eltern veränderten daraufhin ihr Verhalten und gingen sofort zu A., wenn diese schrie. Die Häufigkeit des nächtlichen Schreiens ließ daraufhin schlagartig nach, jedoch wachte sie noch regelmäßig gegen morgen auf und weinte. Um die Strapaze, jeden Morgen aufstehen zu müssen und sie zu trösten, abzubauen, erlaubten die Eltern A. nach einigen Monaten, selbständig in das Bett der Eltern zu kommen, wenn sie morgens aufwachte und sich allein fühlte. Das Weinen trat daraufhin nicht mehr auf. A. macht heute noch von diesem Angebot Gebrauch.

A. zeigte in der Anfangszeit auf der einen Seite Angst vor unbekannten Gegenständen, war jedoch auf der anderen Seite nicht fähig, Gefahren einzuschätzen. So "lief" sie einfach von Tischen und Bänken ohne einschätzen zu können, daß am Tisch- oder Bankende ein Abgrund ist. Die Eltern ließen sie daraufhin immer von den Kanten "herunterlaufen" und fingen sie erst im letzten Moment auf, um ihr das Gefühl des Fallens zu vermitteln. Dies hat zur Folge, daß sie heute Abstände und Tiefen abschätzen kann und nicht mehr "herunterläuft", sondern springt.

Auf der anderen Seite hatte A. massive Ängste vor Bussen und Aufzügen. Die Mutter fuhr das erste Mal mit ihr in einem überfüllten Bus, wo sie sich dann in Trance schrie. Die Mutter vermied es daraufhin zwei Monate lang mit ihr in einem Bus zu fahren. Dann versuchte sie es wieder, indem sie mit A. in einen fast leeren Bus stieg und nur bis zur nächsten Haltestelle fuhr. A. zeigte zwar Unbehagen dabei, jedoch schrie sie nicht vor Angst. Die Mutter wiederholte diese Fahrten so lange, bis A. keinerlei Furchtreaktionen zeigte. Dann steigerte die Mutter erst einmal die Strecke, die jedoch auch keine Angst mehr hervorrief. Dann nahm die Mutter den nächsten Schritt vor und fuhr in einem volleren Bus. Die Mutter steigerte dies immer erst, wenn A. keinerlei Furchtreaktion mehr zeigte. Es ist erstaunlich, wie gut die Mutter hier eine Desensibilisierung durchführte. Auch die Aufzugängste haben sich gelegt, ohne daß die Mutter hier ein spezielles Verhalten gezeigt hätte.

Wenn A. ihren Willen nicht bekommt, so fängt sie an, die Mutter oder den Bruder zu schlagen und zu schreien. Sind es nur so ansatzweise Schläge, dann reagiert die

Mutter nicht darauf. Steigern sich aber Schreien und Schlagen, wendet die Mutter time out an, soweit beobachtet werden konnte, auch recht konsequent. Diese Wutanfälle bei Wunschverweigerungen bestehen allerdings immer noch und seit Monaten. Leider konnte nicht ermittelt werden, auf welche Verhaltensvariablen dies zurückzuführen sein könnte. Die Mutter gab an, daß sie das Gefühl habe, daß sich A. noch nicht genügend in der Familie aufgenommen fühle, da sie auch versuche, durch andere unadäquate Verhaltensweisen die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu lenken. So provoziert sie auch Strafen, indem sie Verbote überschreitet, die sie genau kennt, sowie sie auch versuchte, durch Kaputtschlagen von Gegenständen die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu lenken. Die Mutter konnte nur angeben, daß sie durch Nichtbeachten und time out auf diese Verhaltensweisen reagiere, und es zeigten sich auch keine anderen Hinweise im Film und den Protokollen. Es blieb den Untersuchern hier nur die Möglichkeit, noch einmal auf die lerntheoretischen Grundlagen hinzuweisen. So wurde die Mutter noch einmal speziell auf die Gefahr der intermittierenden Verstärkung hingewiesen, und daß sie A. mit sehr viel Aufmerksamkeit bedenken solle, wenn sie sich adäquat verhält.

Das Spiel gestaltet sich sehr eintönig und unkreativ. Die Kinder stellen Klötzchen ziel- und planlos aufeinander. Die Mutter interpretiert nachträglich etwas in die Gebilde. Die Kinder hören einfach zu, ohne im Spiel diese Ideen weiterzuverfolgen. Die Mutter, der Bruder und A. agieren völlig losgelöst voneinander nebeneinander her. Es ist keine gemeinsame Aktion - sei es verbal auf der selben Spielebene oder auf einer gemeinsamen Handlungsebene - zu verzeichnen. Wenn die Mutter verbal interagiert, dann primär in

kommentierender Form als ob sie zu einer dritten Person sprechen würde, "die A. stellt jetzt ...".

Insgesamt versucht die Mutter, sich in A. einzufühlen und bei Schwierigkeiten neue Wege zu finden, um diese zu lösen. Allerdings schien sie hier etwas alleingelassen von ihrem Mann, der dies unter dem Gesichtspunkt der Rollenverteilung als ihre Aufgabe ansah, wohingegen für ihn das rein Theoretische zählte. Etwas übertrieben hatten die Untersucher den Eindruck, daß er sich für die höherstehende Theorie gerade geeignet fühlte, wohingegen seine Frau für das primitivere Praktische verantwortlich sei. Dies machte sich auch massiv während der Erhebung bemerkbar, indem sich die Frau nicht traute, etwas zu sagen, wenn der Mann dabei war und immer bemerkte, daß ihr Mann dies besser könne, da er viel intelligenter sei als sie. Konkrete Angaben waren aber nicht aus den Äußerungen des Vaters zu entnehmen. Auffallend war auch, daß er sich ziemlich ausschloß, problematische Verhaltensweisen mit seiner Frau zusammen anzugehen. So überließ der Mann es auch fast ausschließlich seiner Frau, mit den nächtlichen Schwierigkeiten fertig zu werden.

Die Mutter verwendet sehr viel Zuwendung auf die Kinder, wenn sie jedoch Verbote aufstellt, werden sie offensichtlich sehr konsequent gehandhabt, und zwar durch time out oder Nichtbeachten. Auch kam zur Sprache, daß sie sich Verbote sehr genau überlegt und hinterfragt, ob sie nicht zum Teil ihre eigene Toleranzgrenze verändern muß.

16.2.8. Fall 8

I. lebte fünf Monate in einem Heim und vier Monate in einer Pflegefamilie. Seit 2,2 Jahren lebt er nun in der Adoptivfamilie.
Auch bei I. war das zu Bett gehen und das nächtliche Schlafen ein Problem für die Eltern. Wenn die Eltern ihn ins Bett legten, weinte er und konnte nicht einschlafen. Die Eltern versuchten ihn dann durch verschiedene Problemlösungsversuche zu beruhigen, indem sie ihn zum Beispiel mit in ihr eigenes Bett nahmen oder mit einer Matratze ins Wohnzimmer zogen und dort das Licht anließen. Dabei kam es auf den Grad des Unbehagens an, welche Methode zur Beruhigung von I. führte. War das Unbehagen nicht allzu groß, schlief er bei den Eltern ein, wohingegen er bei größerem Unbehagen nur auf der Matratze im Wohnzimmer und bei angelassenem Licht wieder einschlief.

Nachts wachte I. häufiger auf und weinte. Selbst im Schlaf wälzte er sich unruhig hin und her. Die Eltern kamen dann auf die Idee, da auch I. wie die anderen Kinder unterernährt war - ihm in der Nacht noch eine zusätzliche Flasche zu geben, worauf sich das nächtliche Aufwachen und Weinen stark reduzierte. Über die Wochen ließ sich I. dann schon abends durch Streicheln und an seinem Bett sitzen beruhigen bis er einschlief. In dieser Zeit zeigte er jedoch ein starkes Bedürfnis nach genau derselben Ordnung beim Schlafengehen in seinem Zimmer. So mußte sein Schlafsack richtig liegen, seine Spielsachen und Kleider geordnet sein. Die Eltern gingen auf diese Wünsche vollkommen ein, und heute ist I. unabhängig von dieser Ordnung.

Weiterhin kam hinzu, daß I. starke Angst vor Fliegen hatte und sofort zu schreien anfing und nicht zu beruhigen war, bis die Fliege getötet und aus dem Zimmer entfernt worden war. Die Eltern erfüllten diesen Wunsch immer, jedoch warteten sie, bis I. die Fliegen entdeckt hatte, um nicht von ihrer Seite aus diesen eine zu große Aufmerksamkeit zu geben. So ist es auch zu erklären, daß I. eine Woche vor der Untersuchung seine Aufmerksamkeit nicht mehr auf eine Fliege in seinem Zimmer richtete, sondern ganz ruhig einschlief.

In dem ersten Urlaub in einer fremden Umgebung zeigt I. starke Trennungsängste, sobald sich die Eltern nur einige Meter entfernten. Er blieb dann erschrocken stehen und fing an zu schreien. Die Eltern vermuteten anfänglich, daß es nur ein Trotzschreien sei und gingen die ersten Male weiter. I. blieb stehen und schrie sich so in Trance, daß er blau anlief und kaum mehr zu beruhigen war. Die Eltern zogen daraus die Konsequenz, und da er zu diesem Zeitpunkt eine engere Beziehung zu der Mutter hatte, blieb sie immer an seiner Seite, blieb stehen, wenn er sich etwas anschauen wollte und ging erst weiter, wenn I. dies auch tat. "Ich durfte mich kaum einen Meter von ihm entfernen, sonst fing er wieder an zu schreien." Dieses Verhalten behielt die Mutter über den ganzen Urlaub bei. Der Erfolg war im nächsten Urlaub zu sehen, in dem sich I. völlig frei bewegte, Leute ansprach, mit Fremden allein spielte und die Eltern allein vorgehen ließ (vgl. hierzu im Gegensatz Fall 14).

In der Anfangszeit war auch ein sehr starkes Bedürfnis nach direktem Hautkontakt bei I. vorhanden. Es durfte dabei keine störende Kleidung zwischen ihm und dem Elternteil sein, wenn ja, versuchte I. diese irgendwie

zu beseitigen (vgl. Fall 19). Die Eltern boten ihm diesen direkten Hautkontakt auch immer, besonders da er sich dann immer beruhigte, wenn er aufgeregt oder unzufrieden war. I. ist heute sehr zärtlich aber nicht überanhänglich, was die Eltern als sehr positiv empfinden.

Etwas unsicher waren die Eltern hinsichtlich ihres Verhaltens gegenüber der 1 1/2 Jahre älteren Schwester, die I. ständig zu bemuttern versucht und ihm auch ständig Anweisungen erteilt, wie er sich zu verhalten hat. I. akzeptiert diese Rolle der Schwester völlig und genießt es gleichzeitig, daß sie ihn so bemuttert. Mittlerweile - mit steigender Selbständigkeit - wehrt er sich aber gegen ihr Eingreifen in sein Spiel. Mit steigendem selbständigen Spielvermögen steigert sich auch diese Behauptung seines eigenen Spielverlaufs. Die Eltern greifen dann nicht ein, da sie es richtig finden, daß I. anfängt, sich zu wehren. Sie versuchen allerdings der Tochter, die sehr entsetzt ist, daß er anfängt sich zu wehren, zu erklären, daß jeder eben gerne anders spielt und daß sie selbst das auch bei ihr akzeptieren. Es schien auch während des Aufenthalts in der Familie, daß I. das Bemuttern gerne annimmt, sich aber zu behaupten weiß, wenn er seine eigenen Spielideen durchsetzen will. Er tut dies dann ohne Aggression der Schwester gegenüber, verteidigt aber sein Spielzeug, indem er es festhält. Es schien den Untersuchern nicht notwendig, hier irgendwelche weiteren Möglichkeiten an die Hand zu geben, da das Verhalten der Schwester nicht so geartet ist, daß sie I. nicht zum Spielen kommen läßt. Daß die Eltern nicht eingreifen, wenn er sich beim Spiel adäquat durchsetzt, erscheint sehr wichtig, da I. so lernt, seine Wünsche in einer adäquaten Form durchzusetzen. Dies scheint deswegen so wichtig, da I. es

heute noch oft nicht gut ertragen kann, wenn ihm ein Wunsch verweigert wird. So schlägt er mit Gegenständen auf den Boden oder gegen die Wand, wenn er zum Beispiel kein weiteres Bonbon erhält. Die Eltern beachten ihn dann nicht, wenden allerdings time out an, wenn sich diese Wutausbrüche steigern oder über einen längeren Zeitraum gehen.

I. ist auch sehr waghalsig und scheint Gefahren nicht richtig einschätzen zu können. So rennt er einfach auf die Straße, auch wenn Autos kommen oder läuft einfach von Mauern herunter. Die Eltern verhalten sich hier genauso wie in Fall 7 beschrieben.

Ab und zu möchte I. noch gerne Baby spielen, worauf die Eltern voll eingehen, indem sie ihm die Flasche geben, ihn wiegen etc.

Im Spiel gehen die Eltern auf derselben Spielebene, auf der sich I. gerade befindet, auf ihn ein. Schafft er Spielanteile, so erhält er Lob. Aufforderungen der Eltern sind lenkender Art, können aber ohne weiteres von I. abgelehnt werden. Während des Spiels besteht auch häufig Hautkontakt zwischen Eltern und Kindern. Die Situation wirkte emotional sehr warm, was sich auch in der Verbalisierung von Gefühlen I.s ausdrückt. Die Aufmerksamkeit der Eltern verteilte sich im Spiel gleichmäßig auf beide Kinder.

Insgesamt arbeiten die Eltern mit sehr viel Zuwendung. Bestrafungen werden nur durch die Handhabung von Nichtbeachten und time out eingesetzt.

Die Eltern wirkten sehr unterschiedlich in ihrer Art, und zwar gab die Mutter an, daß sie überängstlich sei (sie wäscht den Kindern die Hände mit einem Desinfek-

tionsmittel, wenn sie von der Straße kommen) und sie das auch oft hinsichtlich der Kinder nicht unterdrücken könne, wohingegen ihr Mann eher leichtsinnig sei und sie hoffe, daß sich ihre Ängstlichkeit so relativieren würde. Es scheint nach der Beobachtung auch der Fall zu sein, daß sich diese Einstellungen der Eltern gegenseitig ergänzen. Hinzu kommt, daß die Eltern sehr kooperativ miteinander sind und auch immer versuchen, sich gegenseitig zu korrigieren und sich in der Erziehung abzustimmen. So werden Verbote grundsätzlich erst miteinander besprochen und dann auch sehr konsequent gehandhabt. Die Atmosphäre in der Familie wirkte sehr warm; es wurde den Kindern sehr viel Freiraum gewährleistet und Einschränkungen (zum Beispiel wegen der Tonbandaufnahmen leise zu sein) wurden immer begründet und auch von den Kindern akzeptiert.

16.2.9. Fall 9

Über die Vorgeschichte sind keine exakten Angaben vorhanden. Seit 1,3 Jahren lebt W. in der Familie. Den ersten Abend in der Familie wollten die Eltern W. ins Bett legen, was bei W. wohl starke Ängste hervorrief, da sie zu schreien anfing und sich dagegen wehrte. Daraufhin nahmen die Eltern W. wieder aus dem Bett und ließen sie weiter in der Wohnung herumkrabbeln. In irgendeiner Ecke auf dem Teppich schlief W. dann ein, wo die Eltern sie liegen ließen und zudeckten. Während der ersten Woche, in der W. nur irgendwo auf dem Boden einschlief, war ihr Schlaf sehr unruhig und sie schrie vier- bis sechsmal in der Nacht im Schlaf auf. Der Vater (vor Frauen hatte sie in den ersten Wochen starke Ängste) nahm dann jedesmal seine Matratze und legte sich neben W. auf den

Boden und streichelte sie. Sie schlief dann auch jedesmal wieder ein. Erstaunlich war, daß sie im Schlaf immer weiter krabbelte. So "wanderten" Vater und Tochter während der Nacht durch die Wohnung, da der Vater jedesmal wieder wach wurde, wenn W. aufschrie und sich wieder neben sie legte.

Nach einer Woche legten die Eltern eine Matratze ins Kinderzimmer. W. weigerte sich, mit den Eltern in das Kinderzimmer zu gehen, worauf sie das leibliche Kind an die Hand nahm und sie sich nicht mehr wehrte. An diesem Abend dauerte es lange bis W. eingeschlafen war, jedoch wachte sie nachts nicht mehr auf und schlief auch wesentlich ruhiger. Seit diesem Tag gab es keinerlei Schlafschwierigkeiten mehr.

In den ersten Tagen weigerte sich W. auch, mit den anderen an einem Tisch zu essen. Die Eltern stellten ihr daraufhin das Essen dorthin, wo sie gerade spielte. Sie aß jedoch auch dann nicht, wenn man sich zu ihr setzte oder sie ansah. Fühlte sie sich unbeobachtet, fing sie an, das Essen in sich hineinzustopfen und verlangte nach immer mehr Essen. Die Eltern ließen ihr auf diesem Gebiet völlige Freiheit. Nach einer Woche nahm sie dann auch schon am Tisch Platz, auch wenn man ihr noch immer nicht beim Essen zusehen durfte. Das Essen spielt auch heute noch eine große Rolle für W. Bei Eßwaren, die sie sehr gerne ißt, möchte sie am liebsten auch den Anteil der übrigen Familie mitessen, jedoch läßt es sich heute durch Erklärungen - zum Beispiel, daß die Anderen das auch sehr gerne essen oder für jeden eben nur ein Stück Fleisch da ist - regeln,und langsam fängt W. auch an, Essenseinteilungen, zum Beispiel bei Bonbons, selbst vorzunehmen.

Ein weiteres Problem ist, daß W. ständig auf Anerkennung und Beachtung drängt, besonders wenn Fremde da sind. Sie versucht dann durch Baby spielen, Lispeln und Faxen machen sich in den Vordergrund zu spielen. Wenn Fremde da sind, versucht W. auch durch ständiges Dazwischenreden zu stören. Die Eltern versuchen,dies durch Kompromißangebote "bitte laß mich jetzt in Ruhe, ich spiele nachher mit dir" aufzufangen. Die Kompromisse werden dann auch jeweils von den Eltern eingehalten. Die Faxen und Albernheiten versuchen die Eltern durch Ignorieren zu löschen, jedoch treten sie manchmal so massiv auf, daß sie dadurch das Erwachsenengespräch unterbinden. In diesem Fall wenden die Eltern time out an. Eine Schwierigkeit bei diesen Maßnahmen stellen die Besucher dar, da sie dieses Verhalten beachten und somit verstärken. Mit Freunden und guten Bekannten haben die Eltern daraufhin das Problem durchgesprochen und abgesprochen, daß sie dieses Verhalten zukünftig nicht mehr beachten sollen. W. setzt zwar auch noch heute manchmal dieses Verhalten ein, jedoch gibt sie wesentlich schneller auf, wenn sie merkt, daß sie keinen Erfolg mehr damit hat.

Sehr schlecht konnte W. Verbote ertragen. Jede Einschränkung "ließ bei ihr ein Visier herunterfallen". Besonders stark war dies bei den Verboten, die technischen Geräte nicht anzufassen. Die Eltern versuchten, darauf nicht zu reagieren und W. kam dann nach einigen Minuten wieder lachend zu den Eltern. Diese gingen dann nicht mehr auf die auslösende Situation ein.
In der Anfangszeit zeigte W. 20 - 30 mal am Tage dieses Verhalten, wohingegen es mittlerweile nur mehr 2 - 4 mal pro Tag auftritt.

W. hatte auch starke Ängste bei lauten Geräuschen - zum Beispiel Küchenmaschine - und lief dann weg. Die Mutter ging ihr dann nach, nahm sie auf den Arm, tröstete sie und ging zu der ausgemachten Küchenmaschine zurück. Dort erklärte sie W., wie die Maschine funktioniert, warum sie soviel Krach macht, daß man damit aber all die Dinge machen kann, die sie so gerne ißt. Die Mutter veranlaßte dann W., wenn sie keine Angst mehr zeigte, die Maschine wieder einzustellen. Dies wiederholte sich häufiger, ehe W. angstfrei war.

Auch beim Urinieren zeigte W. Ängste. Sobald sie Harndrang verspürte, hielt sie sich die Scheide zu. Einer der Eltern ging dann immer mit ihr auf die Toilette und redete auf sie ein "nun mach doch, du darfst doch machen". Es gab dann immer sehr viel Lob und Zuspruch von den Eltern, wenn sie gemacht hatte, doch bis zu dem Zeitpunkt weinte sie vor sich hin. Diese Schwierigkeit hat sich vollkommen gelegt. Sie fordert heute nur noch manchmal die Eltern auf, mit auf die Toilette zu kommen um ihre Produkte zu bewundern.

Nahmen die Eltern W. anfänglich mit auf die Straße, war dies nur möglich, indem einer der Eltern sie auf den Arm nahm und sie sich fest anklammern konnte. Selbst auf die Schultern durften die Eltern sie zu dieser Zeit nicht setzen, da sie dann angstvoll zu schreien anfing. Nach einigen Wochen versuchten die Eltern das Schulteraufsetzen dann erst wieder, worauf sie nicht mehr schrie, es ihr jedoch noch unangenehm zu sein schien. Als W. auch dies ohne Furcht verkraften konnte, nahmen sie W. an die Hand, die sie fest umklammert hielt und die sie erst nach weiteren Wochen ohne Furcht loslassen konnte. Heute geht sie ohne Hautkontakt mit den Eltern mit und auch allein in die Umgebung, die sie kennt.

Wesentlich war für diese Entwicklung, daß die Eltern immer abwarteten, bis W. angstfrei war und dann erst den nächsten Schritt probierten. War dieser Schritt zu groß, wurde er sofort wieder zurückgenommen. Es gab jedoch auch eine Phase, in der W. völlig distanzlos war, die sich dann erst in diese stark auf die Eltern bezogene Phase umwandelte.

W. hat durch die Kriegseinflüsse Verbrennungen im Gesicht und an der Hand. Die Hand weist stärkere Verbrennungen auf, und die Finger sind nur mehr zum Teil als Stümpfe vorhanden. W. schämte sich sehr für diese Hand und versteckte sie immer auf dem Rücken. Sie vermied es auch, mit dieser Hand Verrichtungen zu vollziehen. Die Eltern haben immer betont, daß sie die Hand schön fänden und daß sie doch sehr viel damit machen könnte. Mittlerweile hantiert W. frei mit der Hand, jedoch versucht sie ihre Behinderung auch auszunutzen, indem sie angibt, das nicht mit ihrer Hand machen zu können. Die Eltern fordern sie dann immer auf, es doch erst einmal selbst auszuprobieren, und W. schafft es dann auch meistens. Sie erhält dann viel Lob für ihre Leistungen, die mit der Hand schwierig für sie auszuführen sind. Ansonsten wird die Hand von den Eltern heute nicht mehr beachtet. Die Untersucher konnten feststellen, daß W. die Hand in der gleichen Weise einsetzt wie die nicht behinderte und auch keine Scheu mehr zeigte, diese zu zeigen.

Sehr eifersüchtig war und ist W. auf den Bruder, sobald sich die Eltern ihm zuwenden. Sie warf sich dann zwischen Eltern und Bruder und versuchte, ihn vom Schoß zu verdrängen. Der Bruder eignete sich daraufhin die Verhaltensweisen von W. an, um sich auch bei den Eltern durchzusetzen. Die Eltern waren entsetzt darüber, da sie dachten, ihre Aufmerksamkeit gleich

zu verteilen, jedoch merkten, daß die energischere W. ihre Ansprüche anscheinend besser durchzusetzen vermochte und wandten sich von sich aus dem Bruder wieder verstärkt zu. Das eifersüchtige Verhalten legte sich daraufhin bei dem Bruder, wohingegen W. heute noch dieses Verhalten - wenn auch nicht mehr so massiv - zeigt.

Das Geschwisterverhältnis bedeutet auch eine emotionale Schwierigkeit für den Vater, da er sich wünschen würde, daß der Bruder sich genauso gut durchsetzen kann wie W. Der Vater nimmt es dann W. übel, daß sie sich so rücksichtslos verhält und schimpft mit ihr. Dieses Verhalten ruft beim Vater Bedenken hervor, daß er ungerecht zu W. sein könnte, da er sowieso dem Bruder gegenüber sehr empfindlich ist und früher immer seiner Frau Vorwürfe gemacht habe, wenn dieser krank geworden ist. Die Mutter meinte, daß der Vater weniger ungerecht W. gegenüber sei bzw. weniger schimpfen würde, als sie selbst, daß der Vater wesentlich besser auf W. eingehen könne und sich diese Emotionen nicht im Verhalten niederschlagen würden.

Auch die Untersucher hatten den Eindruck, daß sich diese Einstellung nicht im Verhalten niederschlägt. Natürlich kann hier nicht beurteilt werden, in welchen emotionalen Situationen dieser Zwiespalt des Vaters doch zum Tragen kommt und welche Auswirkungen dieser hat. Da die Eltern aber eine sehr offene Kommunikation hinsichtlich der Schwierigkeiten haben und versuchen, diese durch gegenseitige Hilfestellungen bei der Veränderung des Partners anzugehen, schien es, daß man die Ansicht der Mutter erst einmal übernehmen konnte.

Der Film konnte leider hinsichtlich der Mutter-Kind-Interaktion nicht ausgewertet werden, da die Mutter völlig irritiert von der Kamera war und sehr unzufrieden war, daß sie sich nicht davon freizumachen vermochte. W. spielte sehr phantasiereich mit einem Teddy und baute um ihn herum eine Geschichte auf, die sie kommentierte und jeweils in Szene setzte.

Insgesamt operieren die Eltern sehr viel mit Zuwendung und Lob. Werden Einschränkungen gegeben, erfolgen sie immer mit Begründung. Bestrafungen werden sehr selten eingesetzt und wenn, nur nicht beachten und time out.

Die Atmosphäre wirkte sehr warm und die einzelnen Familienmitglieder hatten während der Erhebung sehr viel Hautkontakt, der sehr natürlich wirkte. Auch wurden die Bedürfnisse der Kinder nach Aufmerksamkeit durch Zuwendung befriedigt, ohne daß dadurch die Untersuchung in irgendeiner Weise ins Stocken kam.

Auch war die Kommunikation zwischen den Eltern sehr offen. Dies machte sich besonders beim Ansprechen auf Schwierigkeiten des Partners hinsichtlich der Erziehung bemerkbar, die jeweils vom Partner akzeptiert wurden. Gleichzeitig merkte man aber auch die Bereitschaft des kritisierenden Partners, dem anderen Hilfestellung bei der Bewältigung des Problems zu geben.

Alles in allem eine sehr akzeptierende, warme und kooperative Atmosphäre.

16.2.10. Fall 10

L. lebte zwei Jahre auf einer Krankenstation und seit 2,8 Jahren in der Familie.
L. ist körperbehindert. Sie hatte Polomytitis und muß eine Stützschiene an dem einen Bein tragen. Nach einigen Wochen Familienaufenthalt kam L. zur krankengymnastischen Behandlung ins Krankenhaus. Zu diesem Zeitpunkt hatte L. eine enge emotionale Beziehung zur Mutter geknüpft. Im Krankenhaus "bestrafte" sie die Mutter, die sie auch ins Krankenhaus gebracht hatte, wo sie sich schreiend gegen die Trennung gewehrt hatte, indem sie bei den Krankenhausbesuchen zu allen Familienmitgliedern Kontakt aufnahm, nur nicht zu der Mutter. Wenn die Mutter ihr etwas gab oder Hautkontakt mit L. aufnehmen wollte, lehnte L. diese Angebote ab. Als die Mutter sie nach drei Monaten - gegen den Protest der Ärzte - wieder aus dem Krankenhaus holte, wehrte sich L. und wollte nicht mit. Nach zwei Tagen schien sie sich dann wieder ganz in die Familie eingefügt zu haben. Sie hatte nach diesem Krankenhausaufenthalt ein starkes Zärtlichkeitsbedürfnis, was auch heute noch besteht. Am liebsten hält sie sich in der Nähe der Mutter auf und gibt auch sofort ihr Spiel auf, wenn die Mutter sich entfernt und läuft hinterher. Die Mutter versucht dieses Bedürfnis - soweit dies bei den vielen Geschwistern möglich ist - zu befriedigen, indem sie L. streichelt oder einen Kuß gibt, sobald sie an ihr vorbeikommt.

Als L. in die Familie kam, war sie sehr apathisch, reagierte aber, wenn man sich ihr zuwandte oder sich mit ihr beschäftigte. Doch sobald keine Anregung aus der Umwelt angeboten wurde, erstarrte ihr Gesicht wieder, sie zog sich in sich selbst zurück und lutschte

an ihren Fingern. Dieser Zustand hielt längere Zeit an, was die Mutter darauf zurückführt, daß sie durch eine vielseitige Beanspruchung im Haushalt und mit den anderen Kindern sich nicht so häufig ausschließlich um L. hätte kümmern können, wie es nötig gewesen wäre.

Die Mutter empfindet das Spielverhalten von L. als nicht sehr ausgeprägt und behält sie aus diesem Grund öfters allein in der Wohnung, damit sie einmal ihr Spiel unabhängig von den fast gleichaltrigen Brüdern entwickeln kann. Sie lobt L. dann öfters und bleibt bei ihr im Zimmer sitzen, da sie sonst das Spiel wieder aufgibt, um hinter der Mutter herzulaufen. Die Mutter wählte diesen Weg, da sich L. bei jeder geistigen Anforderung leicht überfordert fühlt und sich dann in sich selbst zurückzieht. Das Gesicht verschleißt sich und die Stimme wird dann immer leiser, wohingegen sie bei Lob die Tätigkeit sofort weiterverfolgt oder wieder aufnimmt und ganz aufgeschlossen wird.

L. fordert sehr viel Lob und Anerkennung von ihrer Umgebung, allerdings auf eine sehr schüchterne Art, indem sie ganz leise fragt "hat L. das gut gemacht?". Bei jeglicher Art von Tadel oder Hinweis, daß sie irgend etwas nicht richtig gemacht habe, zieht sich L. in sich selbst zurück. Auch wenn sie einen Wunsch hat und der nicht erfüllt wird, zeigt sie diese Reaktion. Es war auch zu beobachten, daß L. diese Reaktion zeigte, wenn die Mutter kleine Episoden über L. erzählte, in denen sich L. nicht richtig verhalten hatte oder einen Fehler gemacht hatte. Dasselbe Verhalten tritt auch auf, wenn L. etwas kaputt gemacht hat und die Mutter erfahren will, wer es gewesen ist. Dabei hat das Eingestehen keinerlei negative Konsequenz für die Kinder.

Eine sehr wesentliche Rolle spielt das Essen für L. Es ist der einzige Wille, den sie auf eine sehr leise, aber bestimmte Art wiederholt und durchzusetzen versucht. So kocht die Mutter abends immer schon ein warmes Essen für L. mit, da sie es nicht ertragen kann, wenn der Vaters abends warmes Essen erhält und sie nicht. Die Mutter macht dies allerdings auch noch unter einem anderen Gesichtspunkt, und zwar äußert L. selten einen Willen, so daß die Mutter es für richtig hält, diese Ansätze zu unterstützen und nicht zu unterdrücken.

Da L. sehr empfindlich ist und sich jede "Fehlhandlung" der Umwelt sofort bemerkbar macht, indem sich L. in sich selbst zurückzieht, fühlt sich die Mutter immer unter Kontrollzwang. Sie empfindet den Umgang mit den fast gleichaltrigen Brüdern wesentlich einfacher und spontaner, da diese robuster sind und sich zur Wehr setzen. Die Mutter würde sich wünschen, daß L. dies auch täte und somit auch wieder mehr Spontaneität in die Beziehung mit aufgenommen werden könnte.

Als Spiel wählte die Mutter Bücher (sie gibt selbst an, nie mit den Kindern zu spielen) und läßt dann L. freie Wahl unter diesen. Anhand dieses Buches ergab sich eine rege Interaktion zwischen Mutter und Kind, wobei sich die Mutter emotional warm auf das Kind einstellte.

Da L. einen sehr schüchternen und empfindlichen Eindruck machte, wurde der Mutter eine kurze Einführung gesprächstherapeutischer Verbalisierungsmöglichkeiten und deren Wirkung gegeben. Dies wurde für einige Situationen in der Verbalisierung durchgespielt. Es sollte damit langfristig erreicht werden, daß sich L. traut, ihre eigenen Gefühle auszudrücken und auch

sicherer wird, ihren eigenen Willen auf mehreren Gebieten durchzusetzen. Ein anderer Gesichtspunkt war, daß der Mutter dadurch vielleicht ein Mittel an die Hand gegeben werden konnte, negative Gefühle gegenüber L. zu äußern, ohne daß sich diese in sich selbst zurückzieht.

Verunsichert war die Mutter auch etwas hinsichtlich der Behinderung durch die Ärzte. Sie war der Ansicht, daß L. genau wie die anderen Kinder zum Spiel in den Hof geschickt wird, auch wenn sie eben mal hinfällt, und daß sie möglichst gleichartig wie die anderen Kinder aufwachsen sollte. Auch wird ihr in der Familie nur bei den Dingen geholfen, die sie wirklich nicht allein bewältigen kann. Die Ärzte machten nun der Mutter den Vorwurf, daß sie die Behinderung zu leicht nähme und die Schwierigkeiten nicht genügend sähe. Die Ärzte versuchten mit diesen häufiger gemachten Bemerkungen und Gesprächen L. in eine Sonderstellung aufgrund ihrer Behinderung zu drängen, die angenehmerweise in dieser Familie mal nicht bestand. Die Mutter wurde von den Untersuchern darin bestärkt, daß gerade die frühe Auseinandersetzung mit der Behinderung in der Umwelt wesentlich für L. ist, da sie so lernt, ihre Möglichkeiten und die Reaktionen der Umwelt einzuschätzen und ihr Verhalten danach ausrichten kann.

Insgesamt operiert die Mutter ausschließlich mit Zuwendung,und bei Einschränkungen werden Erklärungen gegeben. Trotz der starken Beanspruchung der Mutter durch die Kinder, ging diese auf jedes Kind ein, und zwar sehr akzeptierend und warm. Auch konnte beobachtet werden, daß sie sich wirklich häufiger neben dem Gespräch lobend an L. wandte und viel Hautkontakt mit ihr hatte.

16.2.11. Fall 11

A. lebte zehn Monate im Heim und ist seit 1,11 Jahren in der Familie.
A. war in der ersten Woche sehr liebebedürftig und wollte häufig Baby spielen, worauf die Mutter einging und auch heute noch eingeht, wenn A. dieses Bedürfnis zeigt. Die ersten vier Wochen schlief A. nur ein, wenn die Mutter an ihrem Bett saß, jedoch brauchte sie nie länger als eine halbe Stunde zum Einschlafen. Sie schlief dann außerdem die ganze Nacht durch. Nach einigen Wochen des Familienaufenthalts zeigte A. Dunkelangst und wollte nicht mehr bei ausgelöschtem Licht einschlafen. Die Eltern ließen daraufhin nachts das Licht brennen und warteten den Sommer ab, wo es sowieso zu den Einschlafenszeiten hell war. Seit diesem Zeitpunkt hat A. nie wieder Dunkelangst beim Einschlafen gezeigt.

Als A. sich in der Familie eingelebt hatte, trat eine Phase ein, in der sie sich keinen Schritt von der Seite der Mutter trennen wollte. Die Mutter hat diesem Bedürfnis auch voll entsprochen.

Sehr empfindlich reagiert A., wenn sie laut zurechtgewiesen wird und fängt sofort an zu weinen. Allerdings tritt diese Situation nur selten auf.

Im Spiel ist A. sehr stereotyp. Sie nimmt immer einen Gegenstand aus einer Spielkiste, sieht ihn sich an und legt ihn dann wieder weg, um den nächsten hochzunehmen. Die Mutter interagiert mit allen Kindern, jedoch gehen die Geschwister stärker auf die Mutter ein als A. A. wiederholt, wenn sie spricht, hauptsächlich die Worte der Mutter. Erst am Ende des Spiels beteiligt sie sich, indem sie den anderen Klötzchen für einen Turm anreicht.

Während der Familienbeobachtung konnte allerdings sonst nicht beobachtet werden, daß A. kein Spielverhalten hat.

Insgesamt arbeitet die Mutter mit sehr viel Verstärkung. Einschränkungen werden mit Erklärungen verständlich gemacht. Bestrafungen konnten nicht verzeichnet werden. Die Familienatmosphäre wirkte sehr warm und akzeptierend.

16.2.12. Fall 12

D. lebte elf Monate im Heim und seit fünf Monaten in der Familie.
Die Mutter sprach sehr offen darüber, daß sie D. zuerst fürchterlich häßlich und abstoßend gefunden habe. Sie hätte einen "dicken Knödel im Hals gehabt", wenn sie sich hätte vorstellen müssen, daß sie nun dieses Kind gerne haben sollte. Nach drei bis vier Wochen, wo er dann auch äußerlich wieder hübscher geworden sei, hätte sich das dann langsam gelegt.

D. hatte starke Ängste vor dem zu Bett bringen. Sobald die Mutter anfing, ihn auszuziehen, fing er an zu schreien und weinen und wehrte sich mit aller Kraft dagegen. Bis diese Prozedur zu Ende war, waren das Kind und die Mutter total erschöpft.

In den ersten Wochen hat sich die Mutter immer mit dem Kind zusammen in einem Bett hingelegt, da er nicht zu beruhigen war und solange jeden Abend weinte, bis er vor Erschöpfung einschlief. Nach einigen Wochen schlief er dann schon ruhiger ein. In diesen ersten Wochen wachte D. häufiger nachts auf und schrie. Die Mutter nahm ihn dann immer auf den Arm und trug ihn

durch die Wohnung, versuchte ihn durch Singen und Zeigen von Gegenständen abzulenken. D. schrie sich trotz dieser Bemühungen in Trance,bis er ganz starr und steif wurde und dann total erschöpft war. Dann ließ er sich wieder ins Bett legen und schlief ein. Nachdem diese Schwierigkeiten nach dem ersten Monat seltener auftraten, legte die Mutter D. jeden Abend in ein Gitterbettchen vor ihrem eigenen, ging jedoch noch immer mit ihm zusammen schlafen. Sobald er nachts aufwachte und anfing zu quengeln, streichelte ihn die Mutter über den Körper, worauf er sich sehr schnell wieder beruhigte (vgl. auch Fall 2). Nach einem weiteren Monat, hat die Mutter D. in seinem Zimmer in ein größeres Bett gelegt, sich jedoch immer noch abends neben ihn gelegt und ist erst in der Nacht aufgestanden und in ihr eigenes Bett gegangen. Zu diesem Zeitpunkt war die Geduld der Mutter zu Ende, jeden Abend so früh ins Bett zu gehen und die Familie probierte aus, wie D. reagieren würde, wenn sich ein anderes Familienmitglied mit ihm zusammen hinlegt. D. akzeptierte auch ein anderes Familienmitglied als Schlafpartner. Dies entspannte auch das Verhältnis zwischen der Mutter und D., die offen zugab, nicht nur sauer gewesen zu sein, daß sie keinen Abend mehr für sich gehabt hätte, sondern auch auf D., der noch immer diesen hohen Anspruch an sie gerichtet habe.

Um aber auch dieses abendliche Danebenlegen abzubauen, wurde D. abends in sein altes Gitterbett gelegt und die Mutter demonstrierte ihm, daß es einfach zu klein für zwei Personen zum Schlafen sei, blieb aber bei ihm sitzen, bis er eingeschlafen war. Nachts wurde er dann in das große Bett umgelegt, da auch das Gitterbett für ihn schon ein wenig zu klein war. Heute schläft D. allein, nur das Licht im Flur muß angelassen werden. Ab und zu verlangt er allerdings

noch danach, daß sich jemand aus der Familie neben ihn legt, und dieser Wunsch wird ihm dann auch immer erfüllt.

Manchmal wacht D. nachts noch auf und schreit dann nach der Mutter. Hier differenziert die Mutter sehr gut, da sie sich bei Angstschreien - zum Beispiel weil er schlecht geträumt hat - neben ihn ins Bett legt oder ihn zu sich ins Bett nimmt. Schreit D. allerdings, weil er nicht mehr weiterschlafen kann und sich langweilt, geht die Mutter hin und erklärt ihm, daß sie müde sei und schlafen wolle. D. ist dann immer sofort ruhig und bittet nur um angelassenen Licht, damit er spielen kann. Nach einiger Zeit ist er dann selbst auch wieder eingeschlafen.

Essen ist und war ein ganz zentrales Bedürfnis für D. Kochte die Mutter, wollte er sofort etwas aus dem Topf haben und war auch nicht mit einem anderen Eßangebot zufrieden. Er schrie fürchterlich, wenn er nicht etwas von dem noch nicht gar Gekochten bekam. Die Mutter gab ihm dann etwas.

Wollten die Eltern ihm beim Mittagstisch den Teller füllen und nahmen diesen deswegen weg, schrie er sich in Trance. Dies geschah auch, wenn die Mutter nur seinen Teller etwas drehte, damit er ihn besser leer essen konnte. Auch sein Becher durfte nicht berührt werden. Die Eltern vermieden alle diese Situationen und ließen den Teller auch nach dem Abräumen so lange stehen, bis er den Tisch freiwillig verließ und nicht mehr zuschauen konnte, wie der Teller abgeräumt wurde.

Es wurde ihm auch während dieser Zeit immer Essen angeboten, indem ein Teller mit Obst und anderen nicht so magenbelastenden Eßsachen auf einem Schränk-

chen in seiner Reichweite stand. Auch heute wird ihm noch immer ein ständiges Eßangebot hingestellt, jedoch kann er heute warten bis das Essen gekocht ist,und die Eltern können auch frei mit seinem Eßgeschirr hantieren.

Nach dem Aufwachen hat D. ein sehr starkes Zärtlichkeitsbedürfnis. Die Mutter schmust dann intensiv mit ihm, und zwar solange, bis er sich lieber wieder anderen Dingen zuwendet.

Anfangs ordnete D. Gegenstände und Bilder immer auf die gleiche Art an und wollte immer dieselben Bilderbücher anschauen. Dies konnte sich stundenlang hinziehen. Nach der Schilderung der Mutter schien es aber so, daß dies bei D. zum Erlernen der einzelnen Begriffe eingesetzt wurde, denn er fragte jedesmal nach der Bezeichnung für die Gegenstände und versuchte sie dann immer wieder zu wiederholen, bis er sie einigermaßen konnte.

Im Spiel läßt die Mutter sehr viel Freiheit und verstärkt Spielaktionen des Kindes. Sie ist interessiert an dem Spiel des Kindes, indem sie nachfragt und dann auch auf derselben Spielebene wie D. das Spiel kommentiert. Manchmal macht die Mutter Vorschläge für den weiteren Spielverlauf, die aber von D. abgelehnt werden können, was er auch tut.

D. hat anscheinend eine sehr fein ausgeprägte Feinmotorik, denn er baut mit kleinen Klötzchen eine sehr große Brücke, mit Lastwagendurchfahrt, einem Flußbett, einer Straße über die Brücke etc. ohne daß dieses Gebilde einstürzt. Er probiert auch häufiger mehrere Möglichkeiten des Weiterbaus aus, um sich dann für eine zu entscheiden, die er dann auch be-

gründet, zum Beispiel "dann kann der Laster da besser durchfahren".

Die Atmosphäre während des Spiels ist sehr ruhig und warm. Etwas störend wirkt, daß Mutter und Kind sich häufig gegenseitig verbal stereotyp wiederholen, was den Untersuchern auch schon während des Interviews aufgefallen ist. Die Mutter schien sehr großen Wert darauf zu legen, daß er ein exaktes Deutsch spricht, indem sie ihm immer einzelne Wörter vorsagt und er sie dann wiederholen muß. Die sprachliche Kommunikation schien dadurch auf einzelne Wortwiederholungen beschränkt zu sein. Die Mutter wurde auf diesen Eindruck hingewiesen und daß es auf die Dauer sinnvoller wäre, in ganzen Sätzen mit ihm zu reden, da er somit zum einen auch das grammatikalische Empfinden für die Sprache bekommt,als auch das Interesse bei Kindern eher zu wecken ist, wenn das zu korrigierende Wort von den Eltern in einem Satz korrekt verwendet wird,als dem Kind nur die Wiederholung des Wortes oder des eigenen Satzes vorzugeben.

Insgesamt reagierte die Mutter mit sehr viel Zuwendung auf D. und versucht, unangenehme Situationen für D. zu vermeiden oder aufzuheben.

16.2.13. Fall 13

A. lebte ungefähr ein Jahr im Heim und seit 3,4 Jahren in der Familie.
A. war in einer sehr schlechten körperlichen Verfassung als sie in die Familie aufgenommen wurde. Sie konnte sich überhaupt nicht selbständig bewegen. Gleichzeitig war sie total teilnahmslos sowohl hinsichtlich Personen als auch Gegenständen. Die Eltern haben daraufhin im

Wohnzimmer einen Laufstall aufgebaut und Spielzeug hineingelegt. A. konnte so die Mutter - wenn sie sich dafür zu interessieren begann - immer sehen und auch nach Objekten greifen.

Da A. in einer körperlich so schlechten Verfassung war, konnte sie noch nicht einmal Spielsachen richtig greifen oder festhalten. Hinzu kam, daß sie sich auch nicht dafür interessierte. Die Eltern beschäftigten sich mehrmals am Tage mit A., indem sie ihr Spielsachen anboten, mit ihr redeten und auch gleichzeitig versuchten, durch Zeigen der Spielsachen A. zu veranlassen, den Gegenständen nachzuschauen und nach ihnen zu fassen, um somit ihre Muskulatur zu stärken.

Als A. nach einigen Wochen Interesse an den Spielsachen zeigte und auch körperlich etwas gestärkter war, hielten die Eltern die Spielsachen immer in so einer Entfernung, daß A. etwas nachrobben mußte,um diese greifen zu können. Während dieser Zeit machten die Eltern auch krankengymnastische Übungen mit A. A. brüllte und wehrte sich immer gegen diese Aktionen, und die Mutter fragt sich heute, ob es nicht sinnvoller gewesen wäre, nicht auf den Rat der Ärzte zu hören und dem Kind das nicht aufzuzwingen, sondern lieber den Standpunkt einzunehmen, daß es egal ist, ob das Kind nun ein paar Monate später laufen lernt. Auf der anderen Seite habe sie sich allerdings auch selbst gefragt, ob dieses Kind überhaupt noch einmal laufen lernen würde. Aus Angst vor dieser Möglichkeit habe sie dann doch die Übungen durchgeführt.

Die erste Reaktion auf Menschen ihrer Umwelt zeigte A. nach drei Wochen. Die Eltern gingen beide aus dem Zimmer,und A. fing an zu weinen. Ab diesem Zeitpunkt fühlte sich A. sehr unwohl, sobald die Eltern nicht in ihrer Nähe waren,und sie fing an zu weinen. Die

Mutter nahm sie daher überall in der Wohnung mit. Heute macht sich die Angst, die Eltern zu verlieren, nur mehr in Kaufhäusern bemerkbar, wenn A. die Eltern aus den Augen verliert. Sucht sie die Eltern und findet sie nicht sofort, dann fängt sie angstvoll an zu schreien. Es dauert dann immer sehr lange bis sie wieder zu beruhigen ist.

Das zu Bett gehen war auch bei A. problematisch. Sobald die Eltern sie ins Bett gelegt hatten, fing sie an zu schreien. Die Eltern waren sich auch in diesem Punkte unsicher, ob sie sie wieder herausnehmen sollten oder nicht. Die Mutter konnte jedoch das Schreien nur kurze Zeit mit anhören und ging dann zu A. Sie nahm sie auf den Arm und tröstete sie, bis sie sich wieder beruhigt hatte. Wenn die Mutter A. dann wieder ins Bett legte, fing sie meistens wieder an zu schreien und dieses Schreien steigerte sich jeweils immer mehr, umso länger die Eltern warteten, bis sie sich ihr wieder zuwandten. Dieses aus dem Bett nehmen und wieder Hinlegen wiederholte sich sehr häufig an einem Abend und A. schlief erst ein, wenn sie vom Schreien total erschöpft war. Auch nachts wachte das Kind häufig auf und weinte. Anfänglich stand die Mutter dann immer auf und wartete dann an A.s Bett, bis diese sich beruhigt hatte und wieder einschlief. Da sich dies aber häufig in einer Nacht wiederholte, nahm die Mutter dann A. immer mit in ihr Bett. A. wachte daraufhin nach einigen Wochen immer seltener nachts auf, und seit sie selbst laufen kann, kommt sie ohne zu weinen selbständig in das Bett der Mutter.

Wenn A. allerdings schlecht geträumt hat, weint sie und schafft es nicht allein, in das Bett der Mutter zu kommen. Die Mutter geht dann jeweils zu ihr und tröstet sie, bis sie wieder einschläft oder nimmt

sie - je nach Stärke der Angst - mit zu sich ins Bett. Schreit A. allerdings aus Wut, weil sie munter ist und sich keiner mit ihr beschäftigt, geht die Mutter zu ihr und macht ihr klar, daß sie müde ist und schlafen möchte. Sie läßt dann das Licht im Zimmer an, und A. beruhigt sich dann auch sofort. Generell gesehen schläft A. aber mittlerweile durch.

Ein Problem war, daß A. eine strenge Diät halten mußte, da ihre Darm- und Magenflora gestört war. Als A. dann keine Diät mehr einhalten mußte, ließ die Mutter ihr freie Auswahl im Essen und hatte ständig ein Eßangebot für A. bereit. A. aß in dieser Zeit den ganzen Tag, reguliert aber heute ihre Portionen selbst, und zwar auch bei Süßigkeiten.

A. kann es häufig nicht ertragen, wenn sich die Mutter anderen Personen zuwendet, zum Beispiel, daß die Mutter nachmittags Freunde da hat. Sie stört dann, indem sie quengelt, dauernd dazwischen fragt. Die Mutter erklärt dann zuerst einmal, daß sie nicht dauernd dazwischen reden könne, da man sich sonst nicht unterhalten kann. Nützt dieser Hinweis auch nicht, wendet die Mutter ganz konsequent time out an. A. ist nach dem time out ganz ruhiger Verfassung und spielt ruhig im Beisein der Erwachsenen.

Sehr problematisch war für A. die Geburt des Bruders, auf den sie sehr eifersüchtig und aggressiv reagierte. Die Mutter bemühte sich, sie an allem teilhaben zu lassen, was sie mit dem kleinen Bruder machte und ihr zu erklären, daß er noch so viel Hilfe braucht. Auch bestrafte sie generell die Aggressivität dem Bruder gegenüber nicht, sondern erklärte, warum man ihn noch nicht schlagen dürfte etc. Auch beschäftigte sich die Mutter in dieser Zeit intensiver mit A., damit sie

nicht das Gefühl haben konnte, abgeschoben zu werden. Trotz all dieser Maßnahmen konnten die Eltern die beiden Kinder nicht allein lassen und wenn der Bruder schlief, mußte das Zimmer abgeschlossen werden, damit A. den Bruder nicht mit harten Gegenständen schlug.

Das Verhältnis hat sich heute gebessert, obwohl A. es noch immer nicht gerne sieht, wenn die Eltern zärtlich mit dem Bruder sind. Das Verhältnis bessert sich aber mit dem Grade, mit dem A. mit dem Bruder spielen kann.

Im sprachlichen Bereich konnte A. lange gewisse Laute oder Buchstaben nicht sprechen. Die Mutter hat diese dann immer an Schimpfwörtern, die A. Spaß machten, geübt und sie jeweils gelobt, wenn sie sie richtig aussprach. Die Mutter wollte damit vermeiden, daß A. im Kindergarten aufgrund ihrer Aussprache gehänselt werden könnte.

Häufig wollte A. auch noch Baby spielen, besonders in der Zeit, in der der Bruder geboren worden war. Die Mutter ging darauf sowohl handlungsmäßig als auch emotional ein.

Im Spiel läßt die Mutter A. sehr gewähren, wobei sie jedoch immer dem Kind zugewandt ist und sich für das Spiel interessiert. Sie gibt A. zwar Hilfestellungen, wenn diese nicht weiterkommt im Spiel, jedoch ohne sie einzuengen oder ihre Leistung nicht zu beachten. Die Mutter läßt sich ganz auf die Vorstellungen und Phantasien des Kindes ein, jedoch macht sie auch auf derselben Ebene auf unlogische Gedankengänge und Handlungen aufmerksam. A. spielt sehr eigenständig, nach eigenem Plan und verfolgt diesen dann auch.

Mutter und Kind haben während des ganzen Spiels verbalen Kontakt, auch wenn sie auf Wunsch von A. an verschiedenen Spielobjekten bauen.

Die Mutter macht einen sehr warmen und zugewandten Eindruck. Sie akzeptiert A. als Gesprächspartner und stellt sich ganz auf ihre Phantasieebene ein.

Insgesamt lobt die Mutter sehr viel und wendet sich A. auch im Hautkontakt zu. Wenn Bestrafung angewendet wird, so nur, indem time out angewandt wird. Einschränkungen werden immer erklärt. Bei Ängsten bemühen sich die Eltern, die Situation positiv für A. zu verändern. Es herrschte eine sehr warme und akzeptierende Atmosphäre.

16.2.14. Diskussion der Befunde der Nicht-Veränderungsfälle

Über alle Fälle kann man feststellen, daß die Eltern in drei aufeinanderfolgenden Phasen auf die Kinder in der Familie eingehen. Diese Phasen kann man folgendermaßen charakterisieren:

1. Phase: Weckung von Bedürfnissen auf seiten des Kindes

2. Phase: absolute Bedürfnisbefriedigung

3. Phase: fading out der absoluten Bedürfnisbefriedigung.

Diese Phasen sollen im weiteren näher dargelegt werden:

1. Phase: Weckung der Bedürfnisse

In der ersten Phase in der Familie zeigen sehr viele Kinder keinerlei Reaktionen oder Interesse an ihrer Umwelt, da sie durch den Heimaufenthalt weder Reaktionen und Zuwendung aus der Umwelt auf ihre Bedürfnisse erfahren haben, noch durch Erwachsene zum manipulieren von Objekten veranlaßt worden sind (vgl. auch 10.2.). In dieser Phase ist es wesentlich, daß die Eltern versuchen, das Interesse des Kindes an der Umwelt zu wecken. Dieses Desinteresse an der Umwelt ist sehr stark bei den jüngeren Adoptivkindern zu verzeichnen (0 - 1 1/2 Jahre). Gerade bei diesen Kindern, die generell apathisch auf ihre Umwelt reagieren, ist es wesentlich, dieses Interesse zu wecken. Folgende Mittel wurden bei den Eltern angewandt, um das Interesse des Kindes erst einmal an seiner Umwelt zu erwecken:

1. Die Eltern stellten einen Laufstall mit Spielzeug so in der Wohnung auf, daß das Kind immer die Mutter (Eltern) sehen konnte.

2. Die Mutter (Eltern) trugen das Kind den ganzen Tag in einem Tragetuch mit sich.

3. Die Eltern bieten dem Kind Spielzeug an, indem sie versuchen, daß das Kind das Spielzeug mit den Augen verfolgt, nach dem Spielzeug greift etc.

Die Möglichkeiten 2 und 3 scheinen folgende Vorteile zu haben:
Durch den ständigen Hautkontakt wird das Kind stark stimuliert und löst sich anscheinend schneller aus seiner Apathie, was sich im wachsenden Interesse an der materiellen Umwelt bemerkbar macht.

Das "Vorspielen" der Erwachsenen ist eine gute Möglichkeit, das Interesse des Kindes über das erwachende Interesse an den Menschen seiner Umgebung zu einem Interesse an Objekten zu verhelfen.

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, daß man das Kind nicht mit Anregungen überschüttet und es zu Aktivitäten zwingt, die seinem Entwicklungsstand nicht angemessen sind, sondern daß man dem Kind durch Anwesenheit und durch Vorleben die Möglichkeit schafft, aktiv werden zu können. Das heißt, daß man in dieser Phase keine Forderungen oder Erwartungen an das Kind stellen sollte, sondern ihm die Möglichkeit schaffen sollte, seine emotionalen Interessen zu entwickeln.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt bei den ausländischen Kindern scheint zu sein, daß sie alle in einem sehr schlechten physiologischen Zustand bei ihrer Ankunft sind. Von dahergehend ist die körperliche Entwicklung bei den meisten Kindern auf dem Säuglingsstand oder in der frühen Phase des Kleinkindalters stehen geblieben. Dieser rein körperliche Entwicklungsrückstand scheint jedoch für die emotionale Entwicklung ein Vorteil darzustellen. Dies läßt sich aus zwei Gesichtspunkten ableiten. Zum einen wird es den Eltern leichter fallen, sich dem Kind emotional auch wie einem Säugling zuzuwenden. Dies kann an einem einfachen Beispiel klargemacht werden. Ein 1 1/2 jähriges Kind, was ansonsten schon laufen kann, aber emotional noch sehr zurückgeblieben ist, wird man nicht in einem Tragetuch herumtragen und ihm damit den Hautkontakt bieten, den es für die weitere Entwicklung vielleicht benötigen würde. Hinzu käme, daß das Tragetuch auch nicht mehr dem Aktivitätsbedürfnis des Kindes entsprechen würde. Hier müßte man also versuchen, durch

andere Zuwendungsmöglichkeiten die emotionale Entwicklung zu ermöglichen.

Zum anderen liegt der Vorteil darin begründet, daß das Kind seine Entwicklung sowohl körperlich als auch psychisch ohne Diskrepanz zwischen diesen Entwicklungen aufholen kann. Das heißt, daß die Wechselwirkung zwischen körperlicher und psychischer Entwicklung im Gleichklang verläuft und somit anscheinend sowohl für das Kind als auch für die Eltern besser zu bewältigen ist.

Weiterhin ist ein wesentlicher Gesichtspunkt, daß das Kind nicht durch Zärtlichkeiten zu einem Zeitpunkt überfordert wird, zu dem sich dieses Bedürfnis bei dem Kind noch nicht herauskristallisiert hat. (Vgl. Fall 6 vs Fall 5.)

2. Phase: Absolute Bedürfnisbefriedigung

Sind die Bedürfnisse des Kindes einmal geweckt oder schon ausgeprägt, ist es für das Zugehörigkeitsgefühl des Kindes zur Familie absolut notwendig, diese erst einmal zu befriedigen. Dies resultiert aus der Vorerfahrung des Kindes, da das Kind nie erfahren hat, daß seine Bedürfnisse ganz oder nur teilweise befriedigt wurden. Die Verunsicherung des Kindes hinsichtlich seiner Bedürfnisbefriedigung muß zuerst aufgehoben werden, ehe eine Einschränkung der Bedürfnisse wiederum erfolgen kann. Diese Bedürfnisbefriedigung ist eine absolute Notwendigkeit, damit sich Bedürfnisse beim Kind herauskristallisieren können, da das Vorhandensein von Bedürfnissen ein wichtiges Agens für den individuellen Aneignungsprozeß darstellt und das Kind somit auf die Dauer erst lernt, Bedürfnisse hinsichtlich gesellschaftlicher Verantwortung zu entwickeln.

Es lassen sich anhand der Fälle mehrere Probleme herauskristallisieren, die bei fast allen Kindern auftreten:

1. beim Schlafengehen nicht allein zu sein
2. stark ausgeprägtes Eßbedürfnis
3. ausgeprägte Ängste
4. Zärtlichkeitsbedürfnis.

Dabei scheint das größte Problem das zu Bett gehen oder nächtliche Durchschlafen zu sein. Es scheint auch eine starke Verunsicherung der Eltern auf diesem Gebiet vorzuliegen, da sie Angst dahingehend äußerten, daß bei Bedürfnisbefriedigung das Kind dieses nächtliche Verhalten beibehalten könnte. An den Reaktionen der Kinder beim zu Bett bringen ist allerdings abzulesen, daß es sich hier wohl um Ängste handelt, die verschiedene Gründe haben können, und zwar zum einen, daß die Nacht mit stark negativen Erfahrungen beim Kind gekoppelt sind und zum anderen, daß die Kinder Angst haben, allein zu sein. Sicherlich kann man diese Faktoren nicht genau ermitteln, sie spielen allerdings auch in diesem Zusammenhang keine Rolle.

Es ist nun die Frage, welches Verhalten von den Eltern sich als günstig für die Entwicklung des Kindes gezeigt hat. Aus den Fallberichten ist ersichtlich, daß es für die Kinder am günstigsten ist, wenn beim zu Bett bringen keine Trennung von der Bezugsperson erfolgt, auch wenn das zu Bett gehen trotzdem für viele Kinder in der Anfangszeit angstbesetzt bleibt und sie trotz der Anwesenheit der Bezugsperson weinen oder unruhig sind. Es können aber dadurch die tranceartigen Schreianfälle vermieden werden. Hinzu kommt, daß sich die Unruhe über die Wochen umso mehr verliert, da das Kind einmal erfahren hat, daß keine Trennung mehr von

der Bezugsperson stattfindet und der Erwachsene auf jedes Unwohlseingefühl reagiert, indem er die negative Situation für das Kind zu verändern versucht. Dieser Lernprozeß benötigt natürlich Zeit. Es bedeutet für die Eltern eine enorme Anspannung, sich dem Kind auch noch in der Nacht zuzuwenden, jedoch löst sich dadurch die Angst des Kindes und es entstehen keine negativen Auswirkungen auf anderen Gebieten, wie sie noch bei den Veränderungsfällen aufgezeigt werden.

Es scheint günstiger, wenn man nicht versucht, die Kinder jedesmal beim nächtlichen Aufwachen zu beruhigen und sich dann wieder zu entfernen. Günstig erscheint es hingegen, wenn man sich dem Kind ganz zuwendet, indem man bei ihm bleibt (vgl. Fall 2, 13, 12), da dem Kind somit nur das Gefühl der ständigen Repräsentanz der Eltern vermittelt werden kann. Hinzu kommt, daß das Kind über Tag die ständige Anwesenheit der Eltern erfährt und zu dem Nachtverhalten eine Diskrepanz empfinden muß, die wiederum zusätzliche Ängste auslösen kann.

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt scheint zu sein, daß die Angst bei den Kindern durch das Umkleiden für die Nacht und durch das ins Bett legen ausgelöst wird (vgl. Fall 12, 9). Hier sollten sich die Eltern von den üblichen Normen befreien und das Kind ruhig angekleidet lassen und es erst einmal dort einschlafen lassen, wo es mit den Eltern zusammen ist, da dadurch vielleicht die Tranceanfälle vermieden werden könnten. Wie schnell sich die Schlafgewohnheiten durch dieses Elternverhalten regeln lassen, ist am Fall 9 zu sehen. Hier muß allerdings einschränkend gesagt werden, daß das Kind schon älter war und somit die Umwelt schon bewußter wahrnehmen konnte und sich somit vielleicht leichter auf die neue Situation einstellen konnte, als dies bei jüngeren Kindern der

Fall ist. Bei den jüngeren Kindern fehlen auch die exemplarischen Fälle, die diese Anweisung bestätigen würden. Auf der anderen Seite zeigen jedoch alle Fälle, daß das Schreien durch das Umkleiden und ins Bett legen ausgelöst wird, so daß es lerntheoretisch gerechtfertigt zu sein scheint, anzunehmen, daß durch Vermeidung der auslösenden Situation das problematische Verhalten nicht auftritt.

Ein sehr starkes Bedürfnis scheinen die Kinder nach der Befriedigung ihres Eßbedürfnisses zu haben. Die Angst, nicht genügend Nahrung zu erhalten, macht sich besonders bemerkbar, wenn die Kinder sich in Trance schreien, weil sie nicht etwas von dem noch nicht gar gekochten bekommen oder die Familienmitglieder an das Eßgeschirr des Kindes gehen. Erstaunlich ist, daß die Kinder dann auch kein anderes Eßangebot akzeptieren oder sich von diesem ablenken lassen. Eine sehr gute Möglichkeit haben manche Eltern gefunden, indem sie dem Kind ruhig von dem nicht gar gekochten gaben und den Kindern ein ständig erreichbares Eßangebot machten, so daß die Kinder den ganzen Tag essen konnten. Die Sorge mancher Eltern, daß das eine zu große Magenbelastung sei, kann durch die Auswahl der Eßwaren geregelt werden. Außerdem zeichnet sich bei den schon älteren Kindern ab, daß sie nach einer absoluten Eßphase, in der sie auch zunehmen (davor haben manche Eltern Angst, da es ihrem ästhetischen Normempfinden der Mittelschicht nicht entspricht), anfangen, die Eßmengen selbst zu regulieren. Bei manchen Kindern ist sogar zu verzeichnen, daß sie diese Regulierung auch auf Süßigkeiten übertragen können.

Da der Hunger eine Einschränkung für die Kinder auf dem Bereich ihrer physiologischen Grundbedürfnisse darstellte, scheint es besonders wichtig, daß die

Eltern den Kindern auf diesem Gebiet volle Befriedigung gewähren, da dies wiederum eine starke Auswirkung auf die emotionale Beziehung der Kinder zu den Eltern zu haben scheint (vgl. Veränderungsfälle 15, 14).

Ebenso wichtig ist es, daß die Eltern die entstehende Beziehung zwischen sich und dem Kind nicht dadurch gefährden, daß sie auf die Angst des Kindes nicht positiv reagieren. Das Kind scheint die ganze Beziehung, die es ja erst entwickelt und auch erst kennengelernt hat, wieder in Frage zu stellen. Es schreit sich wieder in Trance, wenn die Eltern nicht auf die Ängste reagieren. Dieses in Trance schreien zu vermeiden, ist deshalb so wichtig, da dieses Verhalten bei dem Kind schon überwunden war und somit eine Regression auf den Ausgangspunkt der Beziehung darstellt. Reagieren die Eltern allerdings ganz nach dem Bedürfnis des Kindes (vgl. Fall 8), ist der Erfolg sehr groß. Das Kind überwindet seine Ängste und kann sich nach einiger Zeit völlig frei und unbefangen in der Situation verhalten. Die Zuwendung der Eltern wirkt dann als unsystematische Desensibilisierung und es wird eine Gegenkonditionierung erreicht.

In dieser Phase ist auch zu bemerken, daß die Kinder mit steigender Beziehung zu den Eltern ein stark ausgeprägtes Zärtlichkeitsbedürfnis haben. Hier ist es wichtig, daß die Eltern dem Bedürfnis voll nachgeben, jedoch nicht über das geforderte Maß hinausgehen oder das Kind schon zu einem Zeitpunkt mit Zärtlichkeiten überfordern, zu dem das Kind noch kein Bedürfnis dazu entwickelt hat (vgl. Fall 6). Es kommt dann zur Ablehnung der Zärtlichkeit (vgl. Fall 5).

Es müßte hier eine Veränderung der Einstellungs- und Erwartungshaltungen der Eltern vorgenommen werden, jedoch sind hier die Grenzen der Arbeit gegeben, da

die Kontakte des Untersuchers mit den Eltern für eine Einstellungsveränderung zu kurz waren und auch schlecht über die Entfernung zu kontrollieren sind.

3. Phase: Fading out der absoluten Bedürfnisbefriedigung

Ein wesentlicher Anteil bei der Eingliederung des Kindes ist nach den beiden oben aufgezeigten Phasen, daß die Eltern die anfängliche absolute Bedürfnisbefriedigung langsam wieder zurücknehmen. Dies ist notwendig, da die Belastung für die Familie in der zweiten Phase sehr groß ist und die absolute Bedürfnisbefriedigung eine Einschränkung sehr vieler Bedürfnisse der anderen Familienmitglieder mit sich bringt. Damit sich das Kind jedoch als sozialer und gesellschaftlich empfindender Mensch entwickelt, ist es notwendig, daß es lernt, sich in eine Gruppe einzufügen, die Bedürfnisse anderer anzuerkennen und lernt, seine eigenen Bedürfnisse dem Gruppenbedürfnis unterzuordnen.

Gerade beim fading-out der absoluten Bedürfnisbefriedigung entsteht ein Problem für die Eltern, da die Kinder durch ihre Vorerfahrung und die Phase der absoluten Bedürfnisbefriedigung eine geringe Frustrationstoleranz für Einschränkungen entwickelt haben. Daher muß auch die Einführung von Einschränkungen schrittweise erfolgen, so daß sich das Kind nicht plötzlich mit einem völlig anderen Elternverhalten konfrontiert sieht und die Lernleistung nicht zu bewältigen ist. Die Eltern benötigen dafür ein feines Differenzierungsvermögen hinsichtlich der Reaktionen des Kindes, was sich auch aus dem ständigen Kontakt der Eltern mit dem Kind entwickelt. So ist es zwar absolut notwendig, daß sich die Eltern dem Kind zuwenden, wenn es nachts vor Angst schreit, wohingegen eine Verstärkung des

unadäquaten Schreiens bei Nacht, weil sich das Kind langweilt, zu unsozialen Verhaltensweisen des Kindes führt (vgl. Fall 12, 13). Diese Differenzierung seitens der Eltern ist notwendig, damit es dem Kind ermöglicht wird, auch sein eigenes Verhalten in adäquate und unadäquate Verhaltensweisen differenzieren zu können. Ohne diese Differenzierung wird das Kind auf die Dauer unfähig sein, sich in einer Gruppe einzufügen und mit anderen Menschen zusammen kooperieren zu können. Dies ist jedoch nicht nur für die Familie wichtig, da sonst die Belastung für die Eltern und die übrigen Kinder zu groß wird, sondern auch für die Einfügung des Kindes in andere soziale Bereiche wie Schule oder Kindergarten.

16.3. Die Verhaltensveränderungsfälle

16.3.1. Darstellung der Befunde Fall 14

A. lebte zehn Monate im Heim und seit 1,9 Jahren in der Familie.
Aus gesundheitlichen Gründen mußte A. gleich nach der Ankunft ins Krankenhaus. A. lag apathisch und mit erstarrtem Gesicht im Krankenhaus in ihrem Bett und zeigte keinerlei Reaktionen sowohl auf die Menschen als auch auf die Objekte ihrer Umwelt. Die Mutter versuchte in dieser Zeit zu A. einen Kontakt zu bekommen und auch ihr Interesse für Spielzeug zu wecken, indem sie sie bei ihren Besuchen auf den Arm nahm und A. Spielzeugangebote machte. Die Mutter baute Türme, nahm dann A.s Hand, die sich anfangs dagegen wehrte und schmiß damit den Turm um. Nach einigen Tagen machte A. dieses Spiel schon Spaß, denn sie führte diese Bewegung freiwillig aus, sobald der Turm gebaut war.

Ein Problem für die emotionale Entwicklung zwischen A. und der Mutter war das nur stundenweise Dasein der Mutter. A. lehnte die Mutter jedesmal erst wieder ab, wenn diese zu Besuch kam und verweigerte auch die Nahrungsaufnahme, wenn sie die Mutter füttern wollte. Die Mutter reagierte auf dieses Verweigern immer mit Bestrafung, indem sie A. sofort wieder in das Bett zurücklegte.

War die Mutter jedoch einige Zeit bei A., konnte sich die Mutter keinem Kind in dem Zimmer zuwenden, ohne daß A. furchtbar anfing zu schreien. Die Mutter praktizierte dies jedoch regelmäßig, da sie A. an die Familiensituation - es leben noch zwei Brüder in der Familie - gewöhnen wollte. Die Mutter nahm an, daß sich A. daran gewöhnen würde, wenn sie dies oft genug wiederhole und sie somit lernen würde, die Aufmerksamkeit der Mutter teilen zu müssen und somit auch die Eingliederung A.s in die Familie leichter falle.

Obwohl A. die Mutter immer ablehnte, wenn sie ins Krankenhaus kam, schrie sie enorm, sobald sich die Mutter wieder von ihr entfernte. Sowohl für die Mutter als auch für das Kind war dies eine strapaziöse Zeit, da die Mutter zum einen unter diesem Trennungsschreien litt, zum anderen aber auch Angst hatte, ob diese völlige Beanspruchung, die A. von der Mutter forderte, nicht eine Überbeanspruchung der Familie darstelle. Diese Ängste der Mutter und die ständigen Trennungen von der Mutter schienen bei A. sich in der Nahrungsverweigerung niederzuschlagen.

Nach einigen Wochen wurde A. nach einer kleinen Operation aus dem Krankenhaus entlassen. Sie mußte zu diesem Zeitpunkt einen Gips tragen.

A. fügte sich hinsichtlich der Beanspruchung der Mutter sofort in die Familie ein, indem sie nicht wie im Krankenhaus schrie, wenn sich die Mutter um die Geschwister kümmerte. Sie akzeptierte jedoch nur die Mutter bei Berührungen und beim Essen geben. Den Geschwistern gegenüber zeigte sie starke Ablehnung. Sobald diese sie anfaßten, fing sie fürchterlich an zu schreien. Das einzige, was sie von den Geschwistern akzeptierte war, daß diese ihr Spielzeug in ihren Laufstall legen durften, die sie dann herausschmiß und wartete, bis die Geschwister diese ihr wieder gaben. Den Vater duldete sie, indem er sie auf den Arm nehmen durfte, jedoch verweigerte sie das Essen von ihm. Die Mutter ließ daraufhin den Vater immer das Lieblingsessen von A. geben. Nahm sie es vom Vater nicht an, bekam sie es nicht. A. veränderte daraufhin ihr Verhalten und nahm das Essen nach einigen Tagen vom Vater an, auch wenn dies nicht wie bei der Mutter mit Freude geschah, sondern mit starker Skepsis.

Das Essen war für A. ein stark ausgeprägtes Bedürfnis. Sobald die Mutter in der Küche arbeitete, wollte sie etwas von den Eßwaren haben, und zwar immer das, was in Vorbereitung war. Jedes andere Angebot schmiß sie in die Ecke und fing an zu schreien,bis sie in Trance war. Die Mutter ließ sie dann schreien. Als A. einige Monate in der Familie war, hatte sich dieses Bedürfnis nach Essen auf die Mahlzeiten reduziert, jedoch saß sie immer als erste am Tisch und zappelte ganz nervös auf dem Stuhl herum, bis sie etwas zu essen hatte. Die Mutter empfand dieses Verhalten abstoßend, da sie es als unbeherrschte Gier erlebte und daß sie es heute noch immer so empfände, daß A. kaum abwarten könnte, bis sie etwas auf ihrem Teller hätte. Das Erstaunliche war, daß beim gemeinsamen Mittagessen A. die Mutter

ängstlich und verschreckt anschaute und erst nach Aufforderung der Mutter nahm, wohingegen die beiden Brüder sich halb über den Tisch legten und die Nudeln sogar mit den bloßen Händen aus der Schüssel nahmen, ohne daß dieses Verhalten von den Eltern getadelt wurde.

Das Einschlafen und nächtliche Schlafen war in den ersten Tagen kein Problem, jedoch wurde der Schlaf immer unruhiger, was die Eltern auf den Gipsverband zurückführten. Sie erhielt Valium und Zäpfchen, die jedoch kaum halfen (vgl. Fall 15). Es ließe sich vermuten, daß diese nächtlichen Schlafstörungen zwar durch den Gips verstärkt wurden, jedoch nicht im Gips ihre Ursache hatten, da sonst die medikamentöse Behandlung besser angeschlagen hätte. Nach Abnahme des Gipsverbandes steigerten sich die Schlafstörungen stark. A. schlief nicht mehr ein, schrie beim ins Bett legen und wachte nachts häufig auf, sowie sie auch einen sehr nervösen Eindruck machte. Die Eltern haben sich zu Anfang an ihr Bett gesetzt. A. war dann ruhig. Sobald die Eltern jedoch das Zimmer verließen, fing A. wieder an zu schreien. Die Eltern ließen A. dann immer erst eine Zeit schreien, ehe sie wieder in ihr Zimmer gingen. Das zog sich über eine längere Zeit hin, bis A. vor Erschöpfung einschlief. Die Eltern probierten daraufhin andere Möglichkeiten aus, indem sie sie mit in ihr Bett nahmen oder eine Matratze vor ihr eigenes Bett legten. A. schrie dann nicht mehr, jedoch war sie sehr unruhig und strampelte und trat um sich. Dies störte beide Eltern so, daß sie diese Möglichkeit wieder verwarfen. Relativ ruhig war A., wenn die Mutter sich mit einer Matratze und A. ins Wohnzimmer legte und das Licht brennen ließ. Sobald jedoch das Licht ausgelöscht wurde, fing A. wieder an zu schreien. Die Eltern

führten keine der oben genannten Möglichkeiten, bei denen sich A. beruhigte, konstant durch, sondern nur wenn sich A. überhaupt nicht in ihrem Bett beruhigen konnte. Nach einigen Wochen legten die Eltern eine Matratze auf den Boden des Kinderzimmers und ließen A. dort schlafen. Gleichzeitig war auch noch ein kleines Licht an der Tür, was angelassen wurde. A. schrie, sobald sie zu Bett gelegt wurde. Die Eltern ließen sie schreien und gingen immer mal zwischendurch herein, wenn sie das Schreien nicht mehr ertragen konnten (ca. nach 20 - 30 Minuten). Die Reaktionen der Eltern waren sehr unterschiedlich, wenn sie zu A. ins Zimmer gingen,und reichten von Trösten, Schimpfen bis zu lautem Anschreien. Diese Möglichkeiten wurden von den Eltern immer durchgespielt bis A. eingeschlafen war. Es wurde nicht erinnert, welche dieser elterlichen Verhaltensweisen häufiger angewandt wurde. A. schläft heute ruhig.

A. war und ist heute noch sehr ängstlich, wenn sie körperlichen Anforderungen ausgesetzt ist. Als sie kräftemäßig laufen konnte, hatte sie vor jeder Bürgersteigkante Angst und fing an zu weinen, wenn die Mutter sie nicht rauf oder runter hob. Die Mutter fand diese Angst unbrechtigt und hob A. nach einigen Tagen nicht mehr rauf und runter, sondern schimpfte mit ihr, wenn sie sich nicht traute. In den Ferien waren die Eltern in einem Haus, vor dessen Eingang zwei Stufen waren. A. traute sich nicht, diese herunter zu gehen. Die Eltern schimpften sie aus und ließen sie einfach stehen, worauf A. jedesmal einen Schreikrampf bekam. Die Eltern probierten es dann einige Male mit A. zusammen, worauf A. auch die Stufen herunter ging. Sie forderten dann A. auf, es allein zu probieren (wohlbemerkt alles an einem Tag), worauf sich A. wiederum nicht traute. Die Eltern ließen daraufhin A. wieder

auf den beiden Stufen stehen und sagten, daß sie jetzt gehen und sie allein lassen würden. A. fing fürchterlich an zu schreien.

Die Mutter ist der Ansicht, daß es nicht normal sei, wenn sich ein Kind so verhalten würde und daß man ein Kind körperlichen Anforderungen unterziehen muß, und wenn es unter Druck geschehen müßte. A. ging in den ganzen Ferien die Stufen nie angstfrei herunter. Auch heute hat A. noch vor jeder körperlichen Anforderung, wie zum Beispiel eine Rutsche hochzuklettern, Angst. Die Mutter setzt dann jeweils eine Belohnung fest, wenn sie es schafft, und probiert die Situation fünf- bis sechsmal hintereinander mit A. Es ist allerdings zu vermuten, daß die Mutter bei diesen Probieraktionen nicht positiv auf A. eingeht, da diese trotz der am Ende eingelösten Belohnung beim nächsten Mal vor der selben Aufgabe wieder genau so ängstlich ist und nie in den vergangenen Monaten freiwillig eine körperliche Leistung vollbracht hat, obwohl sowohl die Geschwister als auch die Spielkameraden keinerlei Angst auf diesem Gebiet zeigen. Weiterhin zeigt A. Angst gegenüber Flugzeugen, Ärzten und Spritzen.

Sehr negativ empfindet die Mutter die stille Opposition, die A. ihr gegenüber zeigt, wenn sie ihr etwas verbietet. Verbietet die Mutter A. zum Beispiel einen Gegenstand nicht wegzunehmen, dann tut es A. doch häufig, bleibt mit dem Gegenstand in der Hand stehen und schaut die Mutter mit "Verachtung" an. Die Mutter erlebt dies als versteckte Aggression seitens des Kindes und wird wütend. Es erfolgt dann die Aufforderung von der Mutter: "verschwinde in dein Zimmer". Wird die Aufforderung von A. nicht befolgt, schlägt die Mutter A. und trägt sie in ihr Zimmer. Dort weint und schreit A., kommt aber nach einiger Zeit zur Mutter zurück und sagt: "bin nicht mehr böse". "Dann

ist es gut." Die Mutter erlebt dieses Verhalten als innere Revolte gegen sie und lehnt dieses Verhalten vollkommen ab, da sie selbst nach außen revoltieren würde und sich darauf besser einstellen könne.

Wenn N. etwas kaputt gemacht hat, fragt die Mutter nach. Meistens leugnet N. Die Mutter weist daraufhin A. nach, daß sie es war. Für die Lüge erhält A. dann Ohrfeigen, wobei die Mutter erklärt, daß sie diese nicht wegen des Kaputtmachens erhalten habe, sondern wegen der Lüge.

Anfänglich hatte A. Angst vor fremden Menschen und wollte immer auf dem Schoß der Mutter sitzen, was diese auch zu dieser Zeit zuließ. Dieses Verhalten zeigte A. auch bei unserem Besuch. A. kam in das Wohnzimmer und setzte sich zu der Mutter mit auf den Stuhl, worauf diese sagte: "Sei nicht albern, entweder setzt du dich auf einen eigenen Stuhl oder du gehst wieder heraus." Als A. bei der Mutter sitzen blieb, schob sie diese vom Stuhl herunter.

Die Mutter ärgert sich auch sehr darüber, daß sich A. noch immer in der Familie zurückgesetzt fühlt. Wenn sie zum Beispiel für die beiden Brüder Kleidung kauft und für A. keine, bekommt A. einen verbitterten Gesichtsausdruck. Die Mutter empfindet dann die Art, wie A. sich in einem Geschäft verhält, wo sie für die Brüder einkauft, als drängende Forderung. Es ärgert die Mutter, daß A. nicht einsehen kann, daß sie objektiv noch genügend Sachen besitzt. Außerdem müsse A. auch rational wissen, daß sie in der Familie nicht zurückgesetzt wird.

In der Anfangszeit lutschte A. noch sehr stark und hatte einen völlig wunden und vernarbten Daumen. Das Lutschen legte sich nach einigen Tagen in der Familie,

und der Daumen ist mittlerweile verheilt, auch wenn er stark deformiert ist.

Beim Spiel beteiligt sich die Mutter als interaktive Teilnehmerin. Sie wendet sich allen Kindern gleichmäßig zu. A. ist während des Spiels sehr auf die Mutter bezogen. Sucht die Mutter einen bestimmten Gegenstand für das Spiel, läuft A. durch das Zimmer, sucht den Gegenstand und bringt ihn unaufgefordert der Mutter. Die Mutter gibt während des Spiels keine Verstärkung, sondern Kommentare und Anweisungen für den weiteren Spielverlauf. Während des Spiels schaut N. sehr viel auf die Mutter und beteiligt sich nur zeitweilig an dem Spiel. Auch redet A. im Gegensatz zu den anderen Spielteilnehmern kaum.

Im Verhalten fällt A. durch ihre ruhige, sehr auf die Mutter bezogene Art auf und bildet einen Kontrast zu dem eher aggressiven Verhalten der übrigen Familie.

Bei dem mütterlichen Verhalten liegen primär Bestrafungstendenzen vor. Auch in der Anfangszeit wendete sich die Mutter mal bestrafend, mal zuwendend bei demselben Verhalten A. zu (siehe Schlafen). Dies scheint darauf zurückzuführen zu sein, daß die Mutter Ängste nicht verstehen und akzeptieren kann und eine sehr normative Vorstellung hat, was ein Kind leisten muß und wie es sich zu verhalten hat.

A. erfuhr von Anfang an keine völlige Bedürfnisbefriedigung und auch auf ihre Ängste wurde nicht mit Zuwendung reagiert.

Das Reaktionsschema des mütterlichen Verhaltens bei den anfänglichen Schwierigkeiten umfaßte die ganze Bandbreite von Strafen bis zur Zuwendung. Zum einen

erfuhr A. dadurch eine Einschränkung ihrer Bedürfnisse, zum anderen eine Verunsicherung ihrem eigenen Verhalten gegenüber, da dasselbe Verhalten einmal mit Zuwendung, das andere Mal mit Strafe beantwortet wurde.

Es scheint, daß eine Nichtbefriedigung aller anfänglichen Bedürfnisse in der Familie nach der Zeit der absoluten Bedürfniseinschränkung während des Heimaufenthaltes zu den oben genannten Erscheinungsformen bei den Adoptivkindern führt, und zwar zu dem Gefühl, sich in der Familie zurückgesetzt und nicht genügend geliebt zu fühlen, sowie ängstlicher auf neue Anforderungen und Erfahrungen zu reagieren. Auch scheinen diese Kinder den Untersuchern wesentlich ernster, lachten und lächelten seltener bei Interaktionen in der Familie. Sie sind auch sehr stark auf die Bezugsperson ausgerichtet, und wenn sie tätig sind, schauen sie häufig die Bezugsperson fragend an. Diese Verhaltensauffälligkeiten werden auch noch bei anderen Fällen auftreten. Die Atmosphäre innerhalb der Familie machte einen primitiv aggressiven Eindruck, und das Gesetz des Stärkeren gilt. Auch der älteste Sohn machte einen leicht gestörten Eindruck, da er - schon im Schulalter - ständig mit einem Nuckeltuch herumlief und dies nur im Spiel aus der Hand legte. Primär straft die Mutter, Verstärkung kann nur selten verzeichnet werden. Insgesamt ist der Erziehungsstil stark restriktiv, und das Verhalten der Mutter zeigt keine Konsistenz.

16.3.1.1. Verhaltensveränderungsvorschläge

Da A. ein sehr ängstliches Kind ist, jedoch die Mutter wenig Verständnis als auch adäquate Verhaltensweisen zeigte, wurde dieses Verhalten ausgewählt, um

Veränderungen zu initiieren. Für die Veränderung schien eine weitere Schwierigkeit zu sein, daß die Mutter sehr überzeugt von ihrem Erziehungsstil war. Es wurde daher versucht, das Bezugssystem der Mutter erst einmal nicht anzugehen, sondern sie über die Norm, daß einem Kind körperliche Anforderungen gestellt werden müssen, zur Mitarbeit zu bewegen. Daher wurde das ängstliche Verhalten A.s bei körperlicher Anforderung für die Veränderung des mütterlichen Verhaltens ausgewählt. Das Verhalten A.s wurde nicht als ängstliches Verhalten gegenüber der Mutter angegangen, da sie eine Ablehnung gegenüber jedem ängstlichen Verhalten zeigte, sondern im Gespräch als "Übungsverhalten" bezeichnet.

Der Mutter wurde beim zweiten Besuch nach der allgemeinen Einführung in lerntheoretische Grundsätze folgende Anweisung für das Angehen des ängstlichen Verhaltens bei körperlichen Anforderungen gegeben:

R der Mutter: -- die Verhaltensabfolge in ganz kleine Schritte einteilen

-- mit dem kleinsten Schritt anfangen

-- nie das Kind zu der Ausführung eines Schrittes zwingen

-- die kleinen Schritte als Mutter vormachen

-- jeden Versuch, einen Schritt nachzumachen, in den ersten Wochen belohnen

-- jeden Schritt erst solange üben, bis er ganz angstfrei gemacht wird. Wenn das ein paar Mal eingetreten ist, erst den nächsten Schritt angehen.

(Verhaltensanweisungsbogen siehe Anhang A12)

Es wurde noch besonders darauf hingewiesen, daß es sehr viel Zeit kostet, ein ängstliches Verhalten abzubauen und es wesentlich ist, das Kind nie zu zwingen und die kleinsten Schritte - später größere Schritte - immer mit viel Lob zu bedenken.

Es wäre sicherlich in diesem Fall günstiger gewesen, eine Veränderung der Normeneinstellung der Mutter vorzunehmen, jedoch schien dies auf die Entfernung aussichtslos.

16.2.1.2. Veränderungen des Verhaltens

Die Mutter lehnte die Mitarbeit ab und meinte, daß dieses Verhalten kein Problem mehr sei. Auf den Hinweis, daß es aber bei unserem letzten Gespräch noch sehr wichtig erschienen sei und sie auch Beispiele erzählt habe, wo dieses Verhalten heute noch auftrete, lehnte die Mutter völlig ab, überhaupt noch darüber zu reden.

Die Mutter wurde weiterhin jedoch noch auf die Gefahr der intermittierenden Verstärkung, die sie häufig anwandte, hingewiesen.

16.3.2. Darstellung der Befunde Fall 15

M. lebte 1,10 Jahre im Heim und seit 1,11 Jahren in der Familie.
M. hatte anfänglich starke Einschlafschwierigkeiten sowie auch nächtliche Schlafstörungen. Sobald die Dunkelheit hereinbrach, wurde M. unruhig und nervös, lief herum und zeigte hektische Fingerspiele. Sobald die Eltern ihr den Schlafanzug angezogen hatten,

fing sie furchtbar an zu schreien, was sich wiederum verstärkte, sobald die Eltern M. ins Bett legen wollten. Setzte die Mutter sich dann an M.s Bett, wurde diese ruhig und betrachtete die Mutter aufmerksam. Die Mutter entfernte sich jedoch immer nach ganz kurzer Zeit, da sie M. unbedingt zum Schlafen veranlassen wollte. M. fing sofort wieder an zu schreien, wenn sich die Mutter entfernt hatte. Leider ließ sich nicht feststellen, ob die Mutter dann wieder zu M. ins Zimmer ging.

Weiterhin probierte die Mutter, sich mit M. zusammen auf eine Matratze auf den Boden zu legen. M. beruhigte sich dann etwas und jammerte anstatt zu schreien, jedoch blieb sie nicht auf der Matratze liegen, sondern begann durch das Zimmer zu laufen. Sobald dies eintrat, legte die Mutter M. ins Bett, wo diese wieder furchtbar zu schreien anfing. Nach einiger Zeit konnte die Mutter das Schreien nicht mehr ertragen und nahm M. wieder auf die Matratze. Dieser Ablauf wiederholte sich ständig in der Nacht. Hinzu kam, daß M. immer nach einem Vater und einer bestimmten Frau schrie. Sobald sie dies tat, weckte die Mutter den Vater, ging mit ihm zu M. und sagte zu M.: "Dies ist jetzt dein Vater." M. schrie dann immer sofort nach der Frau. Was auch immer für Gefühle das Vorführen des neuen Vaters bei M. ausgelöst wurden, beruhigt hat sie dieser neue Vater nie.

Nach drei Tagen war M. durch das nächtliche Schreien total erschöpft und hatte keine Stimme mehr. Die Mutter versuchte daraufhin ein anderes Vorgehen. Sie machte zuerst die anderen Geschwister für die Nacht zurecht und brachte sie zu Bett. Schon bei diesen Vorbereitungen wurde M. sehr nervös und unruhig.

Wenn die Geschwister schliefen, nahm die Mutter M. auf den Arm und zeigte ihr die schlafenden Geschwister und dann M. eigenes Bett. Beim Sehen der schlafenden Geschwister steigerte sich M.s Unruhe, und wenn sie ihr eigenes Bett sah, fing sie sofort wieder an zu schreien. Diese Runde durch die Schlafzimmer wiederholte die Mutter bis zu 15 mal am Abend, ehe sie M. in ihr Bett legte, wo diese sofort wieder anfing zu schreien. Dieses nächtliche Schreien erschöpfte M. so stark, daß sie über Tage nicht mehr fähig war zu laufen und die Mutter sie tragen mußte. Auch die stärksten medizinischen Beruhigungsmittel für diese Altersstufe hatten keinerlei Wirkung hinsichtlich einer niedrigeren Schreifrequenz oder eines Schlafzeitraums.

Nach Wechsel des Arztes (nach vier Wochen) riet dieser den Eltern, das Kind einfach schreien zu lassen, da es die Eltern sowieso nur erpressen wolle. Die Eltern ließen daraufhin das Kinderzimmer mit Dämmplatten ausschlagen und legten M. um 8 Uhr ins Bett, schlossen die Tür ab und ließen Licht im Zimmer brennen. Die erste Woche schrie M. stärker als je zuvor. Zwischendurch bekam sie Wutanfälle und schmiß ihre Spielsachen gegen die verschlossene Tür. Wenn sie erkannte, daß dies sinnlos war, brach sie in Schluchzen und Weinen aus. Nach einer Woche verkürzten sich die Zeiten, in denen sich die Wutanfälle und das Weinen abwechselten, bevor sie einschlief. Zu diesem Zeitpunkt benötigte sie drei Stunden bis sie erschöpft einschlief. Nach weiteren zwei Wochen fand sie sich mit dem Schlaf ab und ist heute die ruhigste Schläferin unter den Geschwistern. Dies soll allerdings nicht für die Methode sprechen, wie noch an anderer Stelle gezeigt wird.

Die Mutter stellte zu diesem Zeitpunkt einen ganz geregelten Zeitplan auf, so daß M. "auch ohne Uhr wissen sollte, daß dasselbe immer zur selben Zeit passiert". Zu diesem ausgefeilten Zeitplan gehörte auch, daß sich sowohl die Mutter als auch die Geschwister über ein halbes Jahr fast nie aus dem Hause bewegten, selbst das Einkaufen wurde von anderen Personen übernommen. Die Mutter hat heute noch den Eindruck, als ob es M. als Strafe empfinden würde, aus dem Haus gehen zu müssen.

Zu Anfang war es für die Mutter problematisch, wenn sie mit M. auf die Straße ging, da diese mit jedem mit ging, der nett zu ihr war (M. war zu diesem Zeitpunkt über ein halbes Jahr in der Familie) und die Mutter so immer auf M. aufpassen mußte. Dieses Verhalten von M. hielt ein ganzes Jahr an. Die Mutter versuchte ihr dann zu erklären, daß nur die Geschwister und Eltern zu der Familie gehören, daß man nur mit diesen Menschen schmusen darf und daß auch nur diese Menschen zusammengehören und alle anderen Menschen außerhalb dieses Verbandes stehen. M. hielt sich nach dieser Unterredung mit der Mutter an deren Verhaltensanweisungen.

Nach Aussagen der Mutter hat M. auch heute noch einen starken Drang, sich bei Fremden in den Mittelpunkt zu stellen. Sie stößt die Geschwister weg, drängt sich in den Vordergrund und preist ein Können von sich an. Die Mutter nimmt sie dann sofort und hält sie auf dem Schoß fest, damit sie sich nicht mehr in den Vordergrund drängen kann. M. wehrt sich gegen das Festgehaltenwerden auf dem Schoß der Mutter, doch diese hat den Eindruck, daß M. irgendwie die Beruhigung durch das Festgehaltenwerden spürt, da sie nach einiger Zeit ruhiger auf dem Schoß wird.

Die Gefühle von M. scheinen leicht zu verletzen zu sein und ihr inneres Gleichgewicht ist sehr labil. Erfüllt die Mutter ihr einen Wunsch nicht oder die Mutter geht zum Beispiel in ein anderes Zimmer, obwohl sich M. ihre Anwesenheit wünscht, dann wendet sich M. von den anderen ab, bekommt einen traurigen Gesichtsausdruck und "fällt bildlich in sich zusammen". Es erscheint der Mutter,als ob dann eine Jalousie zwischen M. und der Außenwelt heruntergelassen würde. Mittlerweile sind zumindestens kleine Änderungen eingetreten, da M. Versagungen nicht mehr nur hinnimmt, sondern mittlerweile mit der Mutter darüber diskutiert und diese Versagungen oder Verbote nicht sofort akzeptiert. Die Mutter empfindet diese Entwicklung als äußerst positiv.

M. wird äußerst unruhig, wenn sie weiß, daß die Familie einen Besuch macht oder Besuch erwartet, sowie jede Art der Veränderung des täglichen Ablaufs eine Beunruhigung darstellt, die sich am Grad der motorischen Unruhe ablesen läßt.

Eine weitere erstaunliche Beobachtung,bezogen auf den Zeitraum, den M. schon in der Familie lebt, ist, daß sie bei ihrer Ankunft sauber war und auch noch einige Zeit blieb, jedoch dann begann, Tag und Nacht einzunässen. Dabei konnte nicht festgestellt werden, daß dieses Einnässen nach bestimmten Ereignissen, wie zum Beispiel dem nächtlichen Schreien lassen, erst auftrat. Das tägliche Einnässen war schlagartig vorbei, als die Mutter M. klar machte, daß Kinder, die noch in die Windeln machen, nicht mit in das Marionettentheater gehen dürften.

Als die etwas ältere Schwester in den Kindergarten kam, wollte M. unbedingt mitgehen. Es wurde ihr ver-

sprochen, daß sie auch in den Kindergarten gehen dürfe, sobald sie nachts trocken sei. Innerhalb von 14 Tagen war das eingetreten, jedoch kam M. nicht in den Kindergarten, da die Mutter M. noch ein paar Monate allein zu Hause haben wollte und M. ja nicht wissen könne, wie schön es mit der Mutter allein sei. M. näßt seit dem Tage wieder ein und trotz der Behauptung der Mutter, daß es für M. herrlich sein müsse, sie den ganzen Vormittag allein zu haben, hat sich nichts an diesem Verhalten geändert.

Auch fühlte und fühlt sich M. nicht genügend aufgenommen und geliebt in der Familie, was die Mutter auf die strenge Diät, bei der M. nur im beschränkten Maße und nur bestimmte Dinge essen darf, zurückführt. Auch habe M. nie etwas von den Eltern gefordert oder einen Wunsch geäußert, da sie immer schon gewußt habe, daß die meisten Wünsche von den Eltern aufgrund ihres Gesundheitszustandes abgelehnt worden wären. Aufgrund dieses gestörten Beziehungsverhältnisses zu den Eltern scheint M. auch nie reagiert zu haben - und zwar monatelang - wenn sie die Eltern angesprochen haben. Auf der anderen Seite versuchte M. jedoch auch durch Babyspiele - sie könne nicht mehr laufen oder sich nicht mehr allein anziehen - Aufmerksamkeit von seiten der Mutter zu bekommen, die bei diesen morgentlichen Spielen darauf eingegangen ist. Anders sah das Verhalten der Mutter über Tage aus. M. hatte Phasen, wo sie völlig auf die Mutter fixiert war und immer in der unmittelbaren Nähe der Mutter sein wollte. Mußte die Mutter zum Beispiel etwas erledigen, wie die ältere Tochter von der Schule abholen, nahm sie M. trotz dieser Phase nicht mit, weil es nur kurze Zeiten der Trennungen gewesen wären. M. saß dann total aufgelöst in einer Ecke, ließ sich jedoch dann durch etwas Mitgebrachtes wieder beruhigen.

Wenn allerdings kein direkter materieller Anreiz gegeben wurde, dann mußte sich die Mutter mit Streicheln etc. ihr zuwenden. Die Mutter wandte sich jedoch nach kurzer Zeit wieder ihrer Tätigkeit zu.und M. schmollte meistens weiter. Dieser Zustand konnte zwei Stunden anhalten, jedoch war M. danach wieder ausgeglichen und sang in der Wohnung.

Allerdings maulte M. auch häufig mit der Mutter, wenn sie sie allein gelassen hatte. Die Mutter schickt sie daraufhin in ihr Zimmer mit der Bemerkung, daß sie wiederkommen könne, wenn sie wieder in Ordnung sei. M. tobt und schreit dann in ihrem Zimmer und wirft voller Wut Gegenstände hinter der Mutter her, die nicht darauf reagiert. Nach einiger Zeit läuft M. dann wieder hinter der Mutter her.

Sehr starke Angst hat M. Hunden und Katzen gegenüber. In der Familie waren zwei Katzen bei ihrer Ankunft vorhanden, bei deren Anblick M. erstarrte und Schweißausbrüche bekam. Die Mutter sperrte daraufhin die Katzen an einen Ort, an dem M. nicht mit ihnen in Berührung kommen konnte. Es ließ sich trotz dieser Maßnahmen nicht vermeiden, daß M. hin und wieder mit den Katzen in Kontakt kam, worauf sie in den ersten Monaten immer wieder mit Erstarren und Schweißausbrüchen reagierte, nahm die Mutter sie dann auf den Arm, beruhigte sie sich etwas. Die Eltern schenkten ihr daraufhin einen Teddybären, damit sie sich an Tiere gewöhnen konnte und auch wahrnehmen konnte, daß ihr dieser Teddybär nichts tat. M. lehnte diesen Bären jedoch ab. Nach einigen Monaten gewöhnte sich M. jedoch an die Katzen, wozu die gleichaltrige Schwester mit beigetragen hatte, die keinerlei Angst vor den Katzen hat und sehr gerne mit diesen spielt. Hinzu kommt, daß die Schwester völlig ungerührt ist, wenn

sie die Katzen kratzen oder mal beißen. M. ängstigt dieses Kratzen und Beißen der Katzen noch immer und sie ist völlig außer sich, wenn sie sieht, daß die blutet, jedoch wendet sie sich mittlerweile auch aktiv den Katzen zu.

Ähnlich verläuft die Angst vor Hunden, die M. hat. Sobald sie einen Hund auf der Straße sah, erstarrte M. Die Mutter nahm sie dann immer ganz fest an der Hand und erklärte ihr, daß der Hund nur schnüffeln möchte und daß man nicht weglaufen dürfe, da der Hund sonst denke, daß man mit ihm spielen wolle. Paßte die Mutter in den ersten Wochen nicht auf und nahm M. fest an der Hand, lief diese, sobald sie einen Hund sah, panikartig davon, ohne auf die Mutter zu hören oder auf den Verkehr zu achten. Heute bleibt M. ruhig stehen, wenn ein Hund auf sie zukommt, jedoch erfüllt sie dieser immer noch mit Angst.

Die Mutter empfindet es als sehr negativ, daß M. sich stark für das Praktische interessiert, wie Nähen oder sonstige Arbeiten im Haushalt und wenig Interesse auf der Spielebene zeigt. Die Mutter würde es gerne sehen, wenn sie genauso ausgeglichen und kindlich wie die fast gleichaltrige Schwester wäre.

Im Spiel ist die Mutter sehr dominant und gibt sehr viel Anweisungen für M.s Tätigkeiten. Dabei spielt die Mutter mit denselben Objekten wie M. und nimmt diese M. zwangsläufig weg. Nicht nur durch diese Handlungen, sondern durch ganz neue Ideen, die die Mutter ständig ins Speil eingibt, wird das Spiel häufig unterbrochen. Auch versucht die Mutter ihre eigenen Ideen im Spiel durchzusetzen, wohingegen die Ideen von M. als nicht so wichtig dargestellt werden. Dadurch

entsteht die Situation, daß M. das Spiel nicht so gestalten kann, wie sie es möchte und keine Spontaneität entwickeln kann, da die Mutter ihr alles abnimmt und für sie strukturiert. Hinzu kommt, daß die Mutter sich im Spiel immer hinsichtlich eines pädagogischen Ziels, was sie erreichen möchte, verhält, das heißt, sie benutzt die Spielsituation primär, um M. Fakten oder richtiges Verhalten beizubringen, als auch Denkanstöße für M. zu geben.

Die Atmosphäre wirkt bei all diesen Interaktionen ausgesprochen kühl und scheint in keiner Weise angetan zu sein, M. ein entspanntes fröhliches Spiel zu ermöglichen, so wie sich die Mutter dies für M. anhand des schwesterlichen Beispiels vorstellt.

Insgesamt bestraft die Mutter primär, als daß sie positiven Verhaltensweisen von M. Zuwendung zukommen läßt. Zum einen scheint die Bestrafung besonders in der ersten Zeit beim Schlafengehen aus einem Mangel an Verständnis für die Situation des Kindes zu erwachsen als auch aus einem normativen Bezugssystem, daß Kinder abends ausgezogen in ihrem Bett liegen müssen. Dieses Bezugssystem macht sich auch in der Vorstellung der Mutter bemerkbar, daß M. genauso ausgelassen und fröhlich wie ihre fast gleichaltrige Schwester spielen solle, als auch die praktische Interesse M. als unkindlich empfunden wird. Diese Empfindung geht soweit, daß die Mutter ungehalten und nervös wird, wenn M. nicht nachläßt, eine praktische Aufgabe (zum Beispiel Stricken lernen) zu bewältigen.

Auf der einen Seite ist festzustellen, daß die Schlafschwierigkeiten durch das nächtliche Schreien lassen völlig beseitigt ist. Auf der anderen Seite läßt sich

allerdings vermuten, daß die große Ähnlichkeit, die gegenüber Tieren, aus dem Hause gehen, sowie das Gefühl, sich nicht geliebt und in der Familie zurückgesetzt zu fühlen, Nachfolgeerscheinungen der anfänglichen Familienerfahrung M.s sind. Hierfür würde auch sprechen, daß M. noch über ein Jahr mit jedem Fremden, der nett zu ihr war, mitgegangen ist.
Ein weiterer Hinweis ist auch die seelische Labilität M.s. Kleinste Veränderungen hinsichtlich der Bezugspersonen und ihrem Verhalten bringen ihr seelisches Gleichgewicht aus der Balance. Wie verunsichert M. noch hinsichtlich ihres Beziehungsverhältnisses zu den anderen Familienmitgliedern ist, tritt deutlich bei den 14 tägigen Protokollen zum Vorschein. So kann M. mit einer Tätigkeit, die einmal Lob in der Familie bekommt, nicht mehr aufhören, sowie sie jegliche Versagung des mütterlichen Beistands oder der mütterlichen Aufmerksamkeit nicht ertragen kann. Es scheint hier einfach der einmal gegebene absolute emotionale Hintergrund zu fehlen, der es M. ermöglichen würde, Einschränkungen zu akzeptieren.

16.3.2.1. Verhaltensveränderungsvorschläge

Sowohl bei Durchsicht des Interviews als auch der Verhaltensprotokolle konnte man feststellen, daß die Mutter M. häufig überforderte, indem sehr große Einheiten des Befriedigungsaufschubs gewählt wurden. Der Mutter wurde an Beispielen aufgezeigt, wie sie kleinere Einheiten wählen kann (zum Beispiel: "Schau auf die Uhr, wenn der Zeiger da ist, dann ..."). Dabei wurde die Mutter auf zwei Faktoren besonders hingewiesen, und zwar

- zum einen diese Einheiten immer zu beenden und nicht vorher aufzugeben und die Befriedigung zu geben,

- und zum anderen, daß die Mutter sich M. bei Einhaltung dieser Einheiten zuwenden solle, und zwar mit viel Zärtlichkeit und verbalem Lob zusätzlich zu einer materiellen Belohnung.

Dies schien besonders wichtig, da die Mutter einen sehr kühlen, wenig zugewandten Eindruck im Kontakt mit M. machte und materielle Belohnung selten mit verbalen oder taktilen Verstärkern gekoppelt worden zu sein schienen.

Wenn M. einmal die Aufmerksamkeit der Mutter erlangt hat, dann fängt sie an zu quengeln, sobald sich ein Aufmerksamkeitsentzug anbahnt. M. versucht dann zu demonstrieren, daß sie die Hilfe der Mutter braucht. Die Mutter reagiert jeweils darauf, jedoch meistens nur mit der Bemerkung, daß M. sie doch nicht dazu brauche und daß sie es sonst auch alleine könne.

Hier wurde empfohlen, die Aufmerksamkeitsketten nicht so lange zu gestalten, da sie nach der Beschreibung zu einem emotionalen Spannungszustand zwischen M. und der Mutter führen. Die Mutter ist nämlich der Ansicht, daß das Kind sich mit böser Absicht in den Situationen so verhält.

Gleichzeitig wurde betont, daß Schritte, in denen M. die Aufgabe ohne die Mutter bewältigt, obwohl sie deren Hilfe gerne möchte, belobigt werden sollen. Wird durch dieses mütterliche Verhalten das problematische Verhalten nicht beendet, sollte die Aufmerksamkeitskette aufgehoben werden, das heißt, die Mutter wendet sich von M. ab und geht einer anderen Aufgabe nach, bietet jedoch M. ein Alternativverhalten an: "Wenn du es geschafft hast, kannst du zu mir rüber kommen, ich bin jetzt in der Küche." Nimmt M. dieses

Alternativverhalten an und kommt nach Beendigung ihrer Aufgabe zu der Mutter, ist es unbedingt notwendig, dem Kind Zuwendung bzw. Lob zukommen zu lassen.

Auf diesen letzteren Gesichtspunkt wurde besonders viel Nachdruck gelegt, da bei allen Darstellungen der Mutter Bestrafung im Vordergrund des Erziehungsverhaltens stand. Auch wurde versucht, der Mutter nahezubringen, nicht nur Verbote zu stellen, sondern auch gleichzeitig attraktive Alternativen im Verhalten anzubieten.

Hinsichtlich des Spielverhaltens wurde der Mutter aufgezeigt, daß sie zu dominant und bestimmend im Spiel ist und M. immer versucht, die Anweisungen der Mutter zu befolgen, da sie sehr mutterabhängig ist. Als Veränderung wurde anhand von Beispielen aufgezeigt, wie ein interaktives Spiel zwischen Mutter und Kind verlaufen kann. Gleichzeitig wurde jedoch auch der Mutter geraten, einfach den Spielablauf zu verfolgen und immer nur ab und zu lobend einzugreifen. Diese stärker betonte Möglichkeit wurde deswegen eingeführt, da die Mutter sehr dominant ist und es schlechter für sie selbst zu kontrollieren ist, ob sie interaktiv mitspielt, wohingegen nur eine Beobachtung mit lobenden Bemerkungen zum Spiel wesentlich besser für die Mutter zu kontrollieren ist. Ein weiterer Gesichtspunkt war, somit M. mehr Aufmerksamkeit der Mutter im positiven Sinne zu ermöglichen.

Der Mutter wurde gleichzeitig die Anweisung gegeben, nur lenkend in das Spiel einzugreifen, indem sie Vorschläge in das Spiel einbringt, die M. ablehnen oder annehmen kann.
(Verhaltensanweisungsbogen siehe Anhang A13)

16.3.2.2. Veränderungen des Verhaltens

Durch die Wahl von kleinen Einheiten (zum Beispiel Uhrzeiger) und die gleichzeitige Koppelung einer Belohnung bei adäquatem Verhalten schafft es M. sogar bei Situationen, in denen sie sich nicht von der Mutter trennen will, ohne Quengeln oder in Tränen aufgelöst zu sein, wenn die Mutter zurückkommt, die Zeit zu überbrücken. Unangenehm scheint M. die Situation dann zwar noch immer zu sein, denn sie sitzt wie gebannt vor, zum Beispiel der Uhr, bis die Mutter wieder kommt. Sie ist immer sehr stolz auf das Lob und die Zuwendung der Mutter,und bei den ersten Malen mußte sie die ganze Familie loben. Dieses Uhrsystem scheint jedoch noch einen Nebeneffekt zu haben. Die Wiederkehr der Mutter ist durch das Faßbarmachen in Zeit wesentlich konkreter für M. geworden und somit auch wesentlich durchschaubarer und kontrollierbarer. Dies macht sich in zusehens abnehmender Angst M.s bemerkbar. Mittlerweile braucht die Mutter keine Erklärungen und Überredungen anzuwenden, sondern nur mehr die Uhrzeit anzugeben.

Die Unterbrechung der Aufmerksamkeitsketten zeigte auch Erfolg, was sicherlich mit darauf zurückzuführen ist, daß die emotional gespannte Situation, die ansonsten zwischen M. und der Mutter auftraten, nun auch wegfallen.

Hier kann keine generelle Aussage über die Erfolgsquote gemacht werden, da zum einen dieses Verhalten nicht so häufig auftrat. Zum anderen wurde eine begleitende Weiterführung der Verhaltensprotokolle nicht weiter von den Eltern in Anspruch genommen, da sie durch Zeitmangel, der durch private Umstellungen ent-

standen war, sich nicht mehr in der Lage sahen, weiter mitzuarbeiten. Aus diesem Grunde liegen auch keine Protokolle über die Veränderung des Spielverhaltens vor.

16.3.3. Darstellung der Befunde Fall 16

P, kam für einige Tage in ein Heim und dann für vier Monate in eine Pflegefamilie. Seit 1,5 Jahren lebt er in der Familie.
Das Einschlafen war und ist bei P. nur ein geringes Problem. Als P. in die Familie aufgenommen wurde, hatte er Einschlafschwierigkeiten, es dauerte aber nicht länger als eine halbe Stunde, bis er eingeschlafen war. Die Mutter setzte sich dann an sein Bett, streichelte ihn und sang ihm etwas vor, wodurch P. sofort ruhig wurde. Die Mutter durfte jedoch nicht aufhören zu singen, bis er eingeschlafen war. Diese Einschlafzeiten verringerten sich schnell,und heute braucht P. nur eine kurze Zuwendung vor dem zu Bett gehen, wie zum Beispiel ein Lied oder ein kurzes Spiel.

Anfänglich zeigten sich bei P. keinerlei Schwierigkeiten im Essen. Er trank seine Flasche zügig aus und zeigte Freude, wenn er etwas zu Essen bekam. Nach drei bis vier Monaten in der Familie zeigte P. starke Eßstörungen, die bei keinem der anderen Kinder auftrat. P. begann das Essen zu verweigern. Die Eltern zwangen ihn daraufhin zu essen. Sie steckten ihm das Essen in den Mund,und wenn er das Essen wieder ausspucken wollte, dann wurde ihm mit Strafe gedroht, sowohl verbal als auch mit leichten Schlägen. Spuckte er das Essen trotzdem wieder aus, wurde er gezwungen, das Ausgespuckte wieder zu essen, und zwar solange, bis

er es herunterschluckte. Oft erbrach P. dann am Ende einer solchen Mahlzeit wieder alles.

Es könnte vielleicht vermutet werden, daß sich diese Aversion gegen das Essen mit durch die Ablehnung der Mutter dem Kind gegenüber entwickelt hat. Die Mutter empfindet das Kind als ausgesprochene Einengung ihrer persönlichen Freiheiten und findet es ausgesprochen ungerecht, daß das Kind primär ihrer Versorgung überlassen ist und daß der Vater eine sehr günstige Position durch seine Berufstätigkeit habe und alle Pflichten auf sie abwälze. Die Mutter ist weiterhin der Ansicht, daß P. sich ohne ihre Hilfe beschäftigen und von Anfang an lernen müsse, seine Ansprüche niedrig zu halten, damit die Mutter genügend Zeit für ihre Hobbys habe. Gleichzeitig empfindet es die Mutter aber auch sehr negativ, daß P. kein Spielverhalten zeigt.

Bei der Spielbeobachtung war festzustellen, daß die Mutter es anscheinend nicht gewöhnt ist, mit P. zu spielen und somit auch für P. kein Modell darstellen kann (P. hat keine Geschwister). Dies wurde auch durch Befragung nach der gemeinsamen Spielhäufigkeit bestätigt. Hinzu kommt, daß die Mutter in keiner Weise interaktiv mit P. spielt, sie redet nur in einzelnen Worten mit P. und an seinem Spielverlauf vorbei. Beim Eingreifen ins Spiel spielt sie nicht im Spielfluß von P. mit, sondern agiert gerade wie es ihr gefällt, ohne auf seine Spielaktionen zu achten. Dabei ist ihr Eingreifen eher destruktiver Art, wie das Gebaute kaputt machen, da es so schön Krach mache. Vielleicht ist hierdurch auch die Beobachtung der Mutter zu erklären, daß P. auf dem Spielplatz schlecht mit anderen Kindern spielen kann und auch immer sehr erstaunt ist, wenn die anderen Kinder zu weinen

anfangen, wenn er ihnen ihr Spielzeug wegnimmt oder auch ihr Spiel zerstört.

Die Auflehnung P.s gegen Verbote oder Gebote erleben die Eltern als provokative Handlung. So erleben sie auch die Essensverweigerung als solche und ärgern sich darüber. Anscheinend artet das Essen zum Machtkampf des Stärkeren aus. Dabei unterstellen sie dem Kind, daß diese Handlungen von ihm bewußt gesteuert werden.

Wenn P. seinen Willen nicht durchsetzen kann, dann wird er aggressiv, fängt an zu schreien, Gegenstände im Raum herumzuwerfen oder auch die Mutter zu schlagen. Ausschlaggebend scheint jedoch hier die Art der Verbotsmitteilung zu sein. Die Verbote werden nämlich immer nur als "nein" gekennzeichnet, ohne eine Erklärung oder das Angebot einer Alternative. So wird ihm Tee während unseres Besuches verweigert, indem die Mutter auch wiederum nur "nein" sagt. Daraufhin zeigt P. auf die volle Teekanne und versucht verständlich zu machen, daß er davon etwas haben möchte. Die Mutter erwidert daraufhin "nein, ist alle, alle". Gleichzeitig erklärt sie uns zugewandt, daß P. ein hohes Trinkbedürfnis habe, daß jedoch Tee ihn zu munter mache. Hier wäre sowohl eine Alternative möglich, indem die Mutter ihm Saft gäbe, als auch, daß sie ihm erklärt, warum sie ihm den Tee verweigert. P. wird nach diesem Verbot aggressiv, da es auch für ihn direkt sichtbar ist, daß der Tee nicht "alle" ist. Hier wird P. zusätzlich auch noch ein Modell geboten, selbst zu lügen, was auf die Dauer zusätzliche Spannungen erbringen kann. Hinzu kommt, daß durch fehlende Erklärungen, sowohl Verbote schlechter zu antizipieren sind, als auch die kognitive Komponente vernachlässigt wird.

Eine weitere Eigenschaft P.s stößt bei der Mutter auf Ablehnung und Unverständnis, und zwar das starke Nuckelbedürfnis, was P. noch zeigt. Die Mutter empfindet dieses Verhalten als unwürdig für ein Kind in diesem Alter und versucht, ihn davon abzuhalten, indem sie ihn auffordert, dieses Verhalten abzustellen. Gleichzeitig zeigt P. noch ein starkes Bedürfnis nach Geborgenheit und Liebeszuwendung. Es ließe sich vermuten, daß dieses Bedürfnis von seiten der Eltern nicht in genügendem Maße befriedigt wird. Hierfür scheint auch der Tagesablauf von P. zu sprechen. Der Vater nimmt P. morgens kurz aus dem Bett, legt ihn jedoch, wenn er aus dem Haus geht, wieder hinein, wo P. durchschnittlich sich noch zwei Stunden beschäftigen muß. Die Mutter schläft nämlich zu diesem Zeitpunkt noch und nimmt ihn auch erst aus dem Bett, wenn sie ausgeschlafen und sich zurecht gemacht hat. Die Mutter ist der Ansicht, daß sich P. von Anfang an daran gewöhnen soll, daß sie ihr eigenständiges Leben leben möchte. Diesen Anspruch erhebt sie auch für den weiteren Tagesablauf, wie schon oben beim Spiel aufgezeigt wurde.

Sehr gut reagiert die Mutter beim Klavierspiel und dem Musikunterricht, den sie erhält. P. muß sich in dieser Zeit selbst beschäftigen. In der Anfangszeit versuchte er immer zwischendurch die Aufmerksamkeit der Mutter durch mitsingen oder auch Klavier spielen wollen, zu erhalten. Die Mutter führte daraufhin ein, daß er am Ende der Stunde sich selbst auf dem Klavier betätigen durfte und lobt ihn auch verbal für seine Ausdauer.

Insgesamt wendet die Mutter primär Bestrafungen an und zeigt auch wenig Verständnis für P.s Verhaltensweisen. Innerhalb des Gespräches sah sie nie einen

Zusammenhang zwischen ihrem eigenen Verhalten und dem Verhalten des Kindes. Auch wendete sich die Mutter während des gesamten Gesprächs nie einmal zärtlich zu P., sondern nahm immer nur Kontakt mit P. auf, wenn sie ihm etwas verbieten wollte oder ein Verhalten P.s ihr nicht zusagte.

Mitbestimmend für dieses Beziehungsverhältnis zwischen Kind und Mutter ist sicherlich, daß die Mutter sich durch die Adoption in ihrem persönlichen Leben eingeschränkt fühlt,und sie empfindet es als Aufgabe ihres freien Lebens. Nach ihren eigenen Angaben hat es sehr lange gedauert, bis sie sich mit ihrer Situation abgefunden habe und ihr auch anfänglich eigentlich nicht klar gewesen wäre, was sie eigentlich genau wolle. Hinzu kam, daß sie ihren Beruf im Gegensatz zu ihrem Mann habe aufgeben müssen - er also noch frei sei - und sie diese Tatsache sehr unzufrieden gemacht habe. Diese Unzufriedenheit habe auch das Verhältnis zu ihrem Mann spannungsgeladen gemacht.

16.3.3.1. Verhaltensveränderungsvorschläge

Es schien, daß die Mutter wenig Verständnis und Zuneigung für das Kind empfindet und sie P. durch das Verlangen von Eigenständigkeit auf fast allen Gebieten überfordert. Es wurde von daher mitbestimmend die Faktoren ausgewählt, die vielleicht das Verständnis der Mutter gegenüber P. als auch die Zeiteinheiten, in denen sich die Mutter mit dem Kind beschäftigt, steigern könnten.

Als sehr wesentlicher Veränderungswert wurde angesehen, daß P. nicht so viele Verbote ohne Begründung, ohne Alternativen und zum Teil sogar mit Falschaussagen

der Mutter durchsetzt erhält. Diese Verbote wurden auch häufig noch mit Klapsen auf die Hände von der Mutter gekoppelt. Der Mutter wurde anhand der geschilderten und wahrgenommenen Verbotshandlungen aufgezeigt, daß durch ihr Verhalten das Kind bei Flaschaussagen ihrerseits auf die Dauer dieses Verhalten auch als ein legitimes Mittel für sich selbst internalisieren könne, sowie auch durch das schlichte Verbot - ausgedrückt in dem Wort "nein" - die kognitiven Fähigkeiten des Kindes nicht gefördert und hauptsächlich auch die Einsicht in das Verbot dadurch nicht ermöglicht wird. Dieser Gesichtspunkt wurde besonders betont, da der Erziehende durch Erklärungen seines Verbots gezwungen ist, diese selbst zu überdenken und somit die Gefahr verringert wird, daß unbegründete Verbote weiter bestehen bleiben. Gleichzeitig wurde aufgezeigt, daß es bei Verboten Möglichkeiten für Alternativen gibt, die die Aufmerksamkeit des Kindes auf ein anderes attraktives aber erlaubtes Verhalten hinweisen und daß diese Kompromißannahmen in der Anfangszeit häufiger verstärkt werden sollten und späterhin nur mehr intermittierend.

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt,der der Veränderung bedurfte,war, daß P. nicht mehr zum Essen gezwungen werden sollte. Hier brauchten nur mehr die schon eingetretenen Konsequenzen aufgezeigt werden, nämlich, daß P. das Essen verweigert und die Situation häufig so aversiv für ihn ist, daß er das Essen erbricht. Es wurde die Anweisung gegeben, daß P. soviel wie er essen möchte, essen solle und bei gutem Eßverhalten gelobt wird und sich die Eltern ihm zärtlich zuwenden. Es wurde in dem Gespräch besonders betont, daß die Zuwendung der Eltern - sei es verbal oder durch positiven Körperkontakt - die größte Verstärkung für ein Kleinkind ist. Dies schien so wesentlich, da

primär negativer Körperkontakt zwischen dem Kind und der Mutter zu beobachten war.

Weiterhin hatte die Mutter ein starkes Interesse daran, daß P. allein spielen sollte, so daß sie Zeit für andere Tätigkeiten frei hat. Hier wurde erst einmal aufgezeigt, daß P. keine Geschwister habe und somit ein adäquates Spielverhalten am besten durch das elterliche Modell erlernt werden könne. Der Mutter wurde wiedergegeben, was in den Filmaufnahmen auffiel, und zwar, daß sie den Spielfluß des Kindes überhaupt nicht beachtet und in diesen häufig einbricht. Weiterhin, daß sie das Kind nie mit Zuwendung beachtet (zum Beispiel reden), wenn es spielt, sondern nur, wenn es nicht spielt und hierdurch die Gefahr bestehen könne, daß "nicht-spielen" im Gegensatz zu "spielen" verstärkt wird. Auch sind die Interaktionen innerhalb des Spiels meistens Anweisungen, die von der Mutter ausgehen.

Folgende Alternativvorschläge wurden für das mütterliche Verhalten gemacht. Sie solle interaktiv mitspielen. Dies wurde anhand eines Spiels mit P. erläutert. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, daß sie während des Spiels loben solle, daß sie als Modell bei Spielabläufen fungieren können,ohne P. diesen Spielablauf aufzuzwingen und dabei nur Vorschläge und keine Anweisungen geben solle, so daß P. die Möglichkeit hätte, diese abzulehnen.
(Verhaltensanweisungsbogen siehe Anhang A14)

16.3.3.2. Veränderungen des Verhaltens

Bei diesem zweiten Besuch war zufällig der Vater auch anwesend. Es ergab sich rein von der Beobachtung ein sehr großer Unterschied zwischen den elterlichen Verhaltensweisen hinsichtlich P.s. Der Vater nahm sehr viel positiven Hautkontakt mit P. auf, ging während des Untersuchergespräches immer zwischenzeitlich auf P. ein, bot ihm Spielalternativen an, wenn er begann, sich zu langweilen, schloß mit P. Kompromisse und lobte ihn für adäquate Verhaltensweisen. Es schien, daß die beiden Veränderungsvorschläge hinsichtlich des Spielverhaltens und des Verbotsverhaltens für den Vater nicht zutrafen. Auch konnte der Vater in seinen Anweisungen dem Kind gegenüber wiederum als Modell für die Mutter aufgezeigt werden, was eigentlich eine Erleichterung für die Mutter darstellen müßte.

Der Vater war auch an einer weiteren Mitarbeit interessiert und war auch bereit, die Verhaltensprotokolle zu schreiben, wohingegen die Mutter einen sehr reservierten Eindruck machte und leider auch verbal nicht zu ermitteln war, ob sie zu einer weiteren Mitarbeit bereit war oder nicht. Die Untersucher hatten jedoch den Eindruck, daß die Mutter jegliche Art von Kritik hinsichtlich ihres eigenen Verhaltens nicht gut akzeptieren konnte und wohl eher die Erwartung hatte, daß sie Anweisungen erhalten würde, wie sie ihre eigenen Bedürfnisse noch stärker gegenüber P. durchsetzen könne und nicht mehr Zeit für ihn aufzuwenden. Es fand daher leider keine weitere Zusammenarbeit statt.

16.3.4. Darstellung der Befunde Fall 17

J. lebte ein Jahr im Heim und vier Monate in einer Pflegefamilie. Seit 2,7 Jahren lebt er in der Familie.

Für J. war wohl der Aufenthalt in der Pflegefamilie ein sehr negatives Erlebnis, da er häufig geschlagen wurde und seine heutigen Kastrationsängste und Verstopfungen aus dieser Zeit zu resultieren scheinen. In den ersten Wochen war es daher fast unmöglich, ihn zu windeln, da er um sich schlug, kniff und Schreianfälle bekam. Die Kastrationsängste zeigen sich auch heute noch stark im verbalen Bereich, indem er Angst äußert, wegen seines Penises aus der Familie ausgestoßen werden zu können oder beim Verbleiben in der Familie diesen zu verlieren. Die Mutter hat anhand einer Erziehungsberatung gelernt, mit ihm auf der Rollenspielbasis dieses Problem anzugehen. Dabei spielt eine Frau, die er aufgrund seiner hinzu kommenden Verstopfung Frau Kakscher nennt und die Pflegemutter darstellt, eine wesentliche Rolle. Diese Frau hat einen Jungen, der im Spiel seine Rolle übernimmt und der keinen Penis besitzt, da die Frau dies nicht wolle. Die Mutter geht darauf ein, indem sie zum Beispiel sagt, daß sie das nicht verstehe, denn dann hätte die Frau sich doch auch ein Mädchen nehmen können und daß sie die Frau sehr komisch fände, da sie selbst Jungen sehr gerne habe. Es gelingt J. recht gut, durch diese Rollenspiele mit seiner Mutter seine Konflikte abzubauen.

Ein weiteres sehr wesentliches Rollenspiel besteht in der Abklärung der Mutter-Kind-Beziehung. J. hat starke Ängste, daß die Eltern ihn wieder weggeben könnten oder die Pflegemutter ihn zurückfordern könne. Diese Ängste sind anscheinend mit dadurch bedingt, daß die Mutter sich selbst nicht als vollwertige

Mutter empfindet, wenn sie auch auf der anderen Seite versucht, durch rationale Argumente für sich abzuklären, daß ihr die Mutterrolle zusteht (zum Beispiel, daß sie sich mehr engagieren und leisten mußte, für das Adoptivkind als generell eine Mutter bei ihrem leiblichen Kind). Hinzu kommt, daß sie ihre Mutterrolle auch von der Umwelt angezweifelt sieht, sowie auch von J. So war die Mutter immer tief gekränkt und enttäuscht, wenn J. sagte, daß sie ja gar nicht seine Mutter sei, denn seine Mutter hätte auch Schlitzaugen. Durch dieses Wechselspiel zwischen Mutter und Kind verunsicherten sich die beiden Partner gegenseitig, was sich bei J. durch die psychosomatische Reaktion der Verstopfung bemerkbar macht und bei der Mutter durch eine sich verstärkende Anzweiflung der Übernahme der Mutterrolle.

Daß die Verstopfung psychosomatischer Natur ist, läßt sich daran erkennen, daß nach Einführung des Rollenspiels sich die Verstopfung zu lösen anfing. Auch konnte die Mutter durch die Erziehungsberatung mehr Vertrauen zu ihrer eigenen Mutterrolle entwickeln.

Folgendermaßen gestalten sich diese Rollenspiele:
Die Äußerung des Kindes, daß die Mutter ja nicht seine richtige Mutter sei, war immer gleichzeitig mit der Angst verbunden - diese wurde auch verbal geäußert -, daß die richtige Mutter anruft oder vorbeikommt und ihn wieder haben will. J. beschrieb dann den Jungen immer ganz genau, den die Frau abholen wollte. Die Mutter erklärte dann, daß sie so einen Jungen nicht habe und sie ihn auch nicht weggehen lassen würde und er doch der Frau einen Brief schreiben solle, daß er immer bei ihnen bleiben wolle.
Zu Anfang waren diese Rollenspiele sehr häufig und ließen dann immer stärker nach, treten jedoch wieder auf, wenn ihn etwas beunruhigt. Damit verbunden ist

auch immer wieder die psychosomatische Störung der Verstopfung. Häufig sind die Anlässe, die die Störung bei J. hervorrufen, nicht direkt kenntlich zu machen, so daß es oft tagelang dauert, bis die Mutter die Ursache herauskristallisiert und somit die Möglichkeit hat, ihn wieder zu beruhigen. Diese Möglichkeit besteht immer darin, daß das Problem verbal angesprochen wird, da J. auf verbale Äußerungen sehr extrem - sowohl positiv als auch negativ - reagiert.

Im Zusammenhang mit der früheren Pflegemutter haben Begegnungen mit Koreanern bzw. mit Asiaten sehr nachhaltige Auswirkungen, da diese starke Ängste bei ihm hinsichtlich negativer Konsequenzen für sein weiteres in der Familie verbleiben hervorrufen. Die Begegnung mit einer Bekannten, die Koreanerin ist, hatte zur Folge, daß er den ganzen Tag nur den einen Satz wiederholte: "Die Frau ist nicht meine Mutter." und auch sofort verstopft war. Nach einem Tag konnte die Mutter den Satz nicht mehr hören und reagierte etwas ungehalten. Sie ging abends in sein Zimmer und sagte: "Junge hör doch endlich auf, sie ist doch auch schließlich nie deine Mutter gewesen." J. fing an zu strahlen und die Mutter mußte sich an diesem Abend nach seinen Anweisungen immer wieder in die gleiche Positur stellen, in der sie diesen Satz zum ersten Mal gesagt hatte und diesen wiederholen. Dies hatte zur Folge, daß J. am nächsten Tag nicht mehr verstopft war.

Die Verstopfung ist nicht nur über die Jahre ein rein physiologisches Problem, sondern auch ein Problem in der Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter ist immer sehr besorgt, wenn P. einen Tag verstopft ist, da sie die physiologische Schädigung sieht. Dies wirkt sich anscheinend auf zweierlei Basen bei J. aus. Zum einen

ist der Beunruhigungsgrad der Mutter für ihn selbst wiederum eine Beunruhigung, da er auf Spannungen und Nervosität innerhalb der Familie sehr sensibel mit Verstopfungen reagiert, so daß hier ein Kreislauf vorliegen kann, das heißt, daß das besorgte Verhalten der Mutter, wenn Verstopfung auftritt, diese wiederum verstärken kann. Diese Annahme konnte natürlich nicht auf der Verhaltensebene abgeklärt werden, da dies tagelange Beobachtungen vorausgesetzt hätte, um die unterschiedlichen Reaktionen der Mutter vielleicht ermitteln zu können. Im Gespräch mit der Mutter wurde dies jedoch als Vermutung angesprochen und von dieser als sehr wahrscheinlich angesehen und daß sie selbst auch schon daran gedacht hätte.

Auf der anderen Seite nützt J. seine Verstopfung aus. Um J. das Windeltragen abzugewöhnen, setzen die Eltern materielle Verstärker ein, wenn er von sich aus sagte, daß er auf die Toilette gehen wolle. Nach einiger Zeit forderte er dann immer höhere Belohnung mit der Drohung, sonst wieder verstopft zu sein. Da sich die Eltern hier in einer Konfliktsituation sahen, haben sie meistens die Belohnung erhöht. Dieses elterliche Verhalten muß mit auf dem Hintergrund der Genese der Verstopfung gesehen werden. Anfänglich war jede medizinische Anwendung von Zäpfchen,bedingt durch die Kastrationsängste,unmöglich, da J. dann Affektanfälle bekam und vor der Mutter flüchtete und wieder Ängste beim Wickeln zeigte.

Heute können die Eltern auch auf der rationalen Ebene hinsichtlich der Verstopfung arbeiten, indem sie zum Beispiel erklären, daß er bei allen anderen Dingen groß sein möchte und ärgerlich wird, wenn man ihm die Selbständigkeit nicht gewährt, er jedoch nicht bereit sei, seinen Stuhl zu kontrollieren und häufig nur Stuhl

in die Windeln machen wolle, wie ein ganz kleines Kind. Dies hat häufig die positive Auswirkung, daß J. seinen Stuhlgang zu kontrollieren versucht.

Wie bei fast allen Kindern, war auch bei J. das nächtliche Einschlafen ein großes Problem. In den ersten Nächten hat er nur geschrien und ließ sich nur zwischenzeitlich ein wenig beruhigen. Nach vier Wochen schlief J. wenigstens zwischenzeitlich ein, auch wenn er alle halbe Stunde aufschrie und wieder wach war. Dies zog sich über Monate hin, in denen die Mutter das Kind stundenlang auf den Armen getragen hat. Wenn sie versuchte, das Kind ins Bett zu legen, war J. sofort wieder wach. Die Mutter mußte ihn dann weiter herumtragen. Irgendwann in der Nacht schlief J. dann für eine etwas längere Zeit ein, schrie dann jedoch wieder und mußte beruhigt werden. Nach Monaten war die Mutter völlig verzweifelt, da auch kaum eine Besserung eintrat. Mit in das Ehebett wollten die Eltern das Kind nicht nehmen, da sie sich auf der einen Seite unsicher waren, ob dies nicht negative Folgen hätte, auf der anderen Seite lehnten sie dies auch für ihre Ehebeziehung ab. J. wurde in diesen Monaten, in denen er nicht schlafen konnte, langsam verbalem Zuspruch gegenüber zugänglich. Eines abends sagte die Mutter zu J., als sie selbst ganz verzweifelt war und das Kind nicht schlafen wollte: "Nun schlaf doch, du bleibst doch für immer hier." Das Kind schlief sofort ein. Ab diesem Tag ließen die Schlafstörungen nach. Die Mutter sang ihm dann in dieser Zeit selbstgedichtete Lieder beim Einschlafen vor, die alle das Thema "des immer in der Familie bleibens" zum Inhalt hatten. J. schlief zwar immer noch jeden Abend auf dem Arm der Mutter ein, jedoch wollte er von sich aus danach in sein eigenes Bett gelegt werden. Nachts wachte er allerdings noch häufig auf. Die Eltern gingen

dann immer zu ihm und trösteten ihn. Wollte er sich nicht beruhigen, nahmen sie ihn in ihr eigenes Bett mit. Nach einigen weiteren Monaten trafen sie dann die Regelung, daß sie ihn nicht mehr in ihr Bett holen würden, er aber selbständig kommen könne. Nach über einem Jahr versuchten sie dann, daß er nicht mehr nachts in ihr Bett kommen sollte. Daraufhin fing J. wieder an, nachts zu schreien und die Eltern mußten wieder aufstehen und ihn aktiv holen. Mittlerweile haben die Eltern wieder die Regelung eingeführt, daß er von sich aus kommt, was er auch fast jede Nacht tut.

Heute ist noch ein Problem, daß er, sobald er im Bett liegt, noch immer etwas Neues von der Mutter fordert, um das Einschlafen herauszuzögern. Es finden dann immer relativ lange Gespräche (bis zu 20 Minuten) zwischen Mutter und Kind statt, bis sie sich auf einen Einschlafmodus geeinigt haben. Dabei ist die Konsequenz für das Kind immer ein Kompromiß, der keinerlei negative Konsequenzen für das Kind beinhaltet.

In den ersten Monaten hatte J. ein starkes Bedürfnis wie ein Baby behandelt zu werden. Er kuschelte sich dann an die Mutter an, schaute die Mutter wie ein Baby an (so als ob er noch nicht richtig wahrnehmen könnte und jeden Gesichtszug erst einmal erfassen müßte) und sprach auch nur einige Vokale hintereinander, obwohl er zu diesem Zeitpunkt schon ganze Sätze sprechen konnte. Die Mutter ging auf ihn ein, streichelte ihn und sprach im Babyton mit ihm. Sie empfand dies als sehr nötig, da sie den Eindruck hatte, daß J. es sehr nötig hatte, die Babyphase nachzuholen.

Hautkontakt mit der Mutter war anfangs angstbesetzt für J. Er traute sich nicht, die Mutter anzufassen. Nach ein paar Tagen legte er dann die Hand auf das

Bein der Mutter und zog diese ganz schnell wieder weg. Die Mutter hat ihn dann immer angelächelt und er versuchte es daraufhin immer wieder. Diese Angst bestand anscheinend nur Frauen gegenüber, denn vor dem Vater hatte er nie Angst,und wenn dieser nach Hause kam, flüchtete er zu ihm. Dieses Verhalten hat die Mutter etwas enttäuscht, da sie sich den ganzen Tag um J. bemühte,und es kam ihr so vor, als ob er vor etwas Unangenehmen flüchten würde.

J. spielte stundenlang still vor sich hin. Die Mutter war in den ersten Monaten für diese Ruhe am Tage, im Gegensatz zu den Nächten, sehr froh. Allerdings fing sie dann nach einigen Wochen an, mit ihm zu spielen und spielte dann das erste Jahr sehr intensiv mit ihm, da. sie gemerkt hatte, daß ihm dieses gemeinsame Spiel in den ersten Wochen wohl gefehlt hatte und er sehr fröhlich und zufrieden war, wenn sich die Mutter mit ihm beschäftigte. In den ersten Wochen war auffällig, daß er immer nur in einer Ecke saß und spielte. Fiel ihm ein Klötzchen aus der Hand und in über einem Meter Entfernung, dann holte er es nicht wieder. Überhaupt saß er beim Spiel immer sehr angespannt da und war schweißnaß. Nach sechs Wochen legte er sich das erste Mal entspannt zum Spielen auf den Boden. Es fiel auch auf, daß er seine Ecke nie verließ, es dei denn, daß die Eltern ihn herausholten. Sie spornten J. dann nach einigen Wochen an, einmal selbst aus der Ecke herauszukrabbeln. Als er merkte, daß er dies durfte und konnte, verfiel er in einen richtigen "Krabbelrausch" und krabbelt in dem Raum immer aus der Ecke heraus, quer durch das Zimmer und wieder zurück. Dies hielt er an diesem ersten Tag der neuen Erfahrung über eine Stunde aus.

Jede Versagung, zum Beispiel beim Einkaufen nicht alle Bonbons gekauft zu bekommen, löste bei ihm einen Affektanfall aus,und er schrie sich richtiggehend in Trance. Er lief dabei blau an, wurde ganz steif und starr, bog sich nach hinten durch, verlor die Augenkontrolle und bekam auf dem Höhepunkt der Erregung keine Luft mehr. Dann fiel er schlagartig in sich zusammen und war total erschöpft. Die Mutter hielt ihn während dieser Zeit auf dem Arm und redete beruhigend auf ihn ein und versuchte, ihn nach dem Affektanfall zu trösten und zu streicheln.

Anfänglich war J. sehr auf Sauberkeit bedacht, was sich in Weinen bei schmutzigen Händen und ständigem Aufsammeln von Fusseln, die auf dem Boden lagen, äußerte. Die Eltern haben auf diese Verhaltensweisen nie reagiert. Nach einiger Zeit fing J. dann an, sich mit allem zu beschmieren, was er nur finden konnte. Die Eltern billigten ihm dies einige Zeit zu (mehrere Wochen), begannen jedoch dieses Verhalten dann wieder zu reduzieren, indem sie ihm erklärten, daß sie dies auch nicht täten und nicht gut fänden.

Sehr schwierig hat die Mutter es empfunden, daß sie nie spontan zu J. hätte sein können, wenn sie sich über ihn geärgert hätte, da er extrem psychosomatisch mit Verstopfung oder hohem Fieber darauf reagiert hätte. Im Rollenspiel haben nun Mutter und Kind "böse sein" mit anschließendem Vertragen geübt, so daß J. heute schon im Ernstfall böse sein ertragen kann. Die Mutter fühlt sich dadurch sehr erleichtert, da sie die ständige Eigenkontrolle als sehr belastend empfunden hat.

Sehr starke Ängste zeigt J. Ärzten und Krankenhäusern gegenüber. Er verfiel früher in seine Affektkrämpfe, heute reagiert er darauf mit Verstopfung. So hat er

die Untersucher aufgrund der Mikrophonschnur und des Mikrophons, die er wohl für ein Stetoskop gehalten hat, als Ärzte eingestuft und war am nächsten Tag verstopft. Vor dem nächsten Besuch der Untersucher hat ihm dann die Mutter erst einmal erklärt, warum die Untersucher kommen würden und daß diese keine Ärzte seien. Dies machte sich bemerkbar, indem J. keinerlei Angst uns gegenüber mehr zeigte und auch das Gespräch nicht so häufig unterbrach, um die Mutter um etwas zu bitten.

Während des Spiels ist die Mutter J. sehr zugewandt und beobachtet mit Teilnahme die Spielaktionen von J. Die Spielinteraktionen verlaufen auf der Spielebene und unterbrechen auf keinen Fall den Spielfluß, sondern fördern ihn. In Konfliktsituationen macht die Mutter Lösungsvorschläge, und zwar auf nondirektiver Basis. Wird der Lösungsvorschlag angenommen, achtet die Mutter auf dessen Einhaltung. J. beschäftigt sich lange und ausdauernd mit dem Spiel, ohne jedoch stereozyp in seinen Handlungen zu sein. Die Atmosphäre wirkt warm und akzeptierend.

Insgesamt wendet die Mutter sehr viel Verstärkung und Beseitigung unangenehmer Situationen an. Bis auf zwei Sonderereignisse, bei denen die Mutter spontan "böse" reagiert hat, ist keine Bestrafung zu verzeichnen. Verzichte laufen anscheinend primär auf Kompromißbasis, so daß auch keine Bestrafung durch Wegnahme von positiven Verstärkern erkenntlich wird.

16.3.4.1. Verhaltensveränderungsvorschläge

Wie aus der obigen Darstellung sicherlich schon erkenntlich wird, sind die Schwierigkeiten zwischen Mutter und Kind primär auf der emotionalen Ebene zu finden und nicht so sehr auf der Verhaltensebene. Die Untersucher fühlten sich außerstande, auf die Entfernung auf der emotionalen Veränderungsebene zu arbeiten, da diese auch nicht auf der Verhaltensebene anhand der Erhebungsdaten aufzufinden gewesen ist. Ein wesentlicher Gesichtspunkt schien jedoch, daß die Mutter starke Schwierigkeiten mit der eigenen Akzeptierung als Mutter hat und sich stark verunsichert fühlte, ob ihr Verhalten dem Kind gegenüber richtig sei. Einen weiteren Eindruck gewannen die Untersucher während des Gesprächs, und zwar, daß für die Mutter schon kleine Ereignisse von starker Bedeutung sind und somit fast alles als problematisch und bedeutungsvoll erlebt wird.

Es ist hier nicht auszuschließen, daß J. diese stark ausgeprägte Sensibilität von der Mutter gelernt hat und daher auch manche Schwierigkeiten verstärkt worden sind.

Es wurde der Mutter empfohlen, eine Gesprächstherapie zu machen, um ihre eigenen Schwierigkeiten mit der Mutterrolle zu überwinden und sich somit auch nicht mehr so verunsichert zu fühlen. Dies wurde auch geraten, da J. auf Spannungen der Mutter sehr leicht mit Verstopfung reagiert, diese Spannungen jedoch wiederum zum Teil aus dem Rollenkonflikt entspringen. Durch Abbau des mütterlichen Konflikts wurde gehofft, daß sich auch die psychosomatische Reaktion der Verstopfung bei J. mindern würde.

Da eine Gesprächstherapie (GT) -Behandlung jedoch nicht sofort angesetzt werden würde, wurde der Vorschlag gemacht, daß die Mutter wöchentlich die schwierigen Situationen aufschreibt und jeweils eine Rückmeldung erhält. Dies schien eine ganz gute Übergangslösung zu sein, da somit eine Verstärkung für die Mutter gewährleistet war, die ihr vielleicht auch etwas Unsicherheit nehmen könnte.

Die einzige Verhaltensweise, die als Veränderungsvorschlag gemacht wurde, war das abendliche Einschlafen, da die Mutter das kindliche Verhalten immer ärgerlich und nervös macht. Nachdem das "Gute-Nacht"-Zeremoniell beendet ist, fängt J. noch einmal an, Wünsche zu äußern und seine Mutter zu fordern. Es erfolgen dann immer lange Gespräche über den weiteren Einschlafmodus. Die Mutter bietet dann immer Kompromisse an, die keinerlei negative Konsequenzen für J. beinhalten und immer noch eine Verstärkung darstellen.

Es wurde der Vorschlag gemacht, daß, wenn die Mutter einen Kompromiß anbietet, ihn zeitlich früher als bisher einsetzt, um die lange Aufmerksamkeitskette vor dem Kompromiß zu verringern. Außerdem sollte die Mutter auch Kompromisse einführen, bei denen das Kind auch etwas einbüßen muß und nicht nur weniger positive Verstärkung erhält, als es fordert. Zum Beispiel möchte er abends noch zwei Stück Schokolade haben. Kompromiß:"Du kannst jetzt eins bekommen, aber dann mußt du morgen auch einen Riegel weniger bekommen." Weiterhin eine Belohnung einsetzen, wenn er abends ohne Verzögerungstaktik einschläft oder/und die Nacht durchschläft. Es wurde hier an ein Token-System gedacht, welches erst einmal mit den Eltern zusammen erarbeitet werden hätte müssen.

Die Mutter akzeptierte die Vorschläge und erzählte, daß sie selbst schon die Zeit beim nächtlichen Einschlafen verkürzt habe. Sie würde sich auch mittlerweile trauen, Einschränkungen von ihm zu erwarten, auch wenn erst einmal nur in kleinen Schritten,und daß seitdem dieses Problem nicht mehr auftritt. Hier lag auch eine Unsicherheit der Mutter, daß sie sich nicht zutraute, kleine Einschränkungen von J. zu fordern, und recht froh war, daß auch von unserer Seite dieser Vorschlag gemacht wurde.
(Verhaltensanweisungsbogen siehe Anhang A15)

16.3.4.2. Veränderungen des Verhaltens

Es wurde auch die dritte Untersuchungsfahrt hier geleistet. Es war natürlich nicht möglich, eine Maßeinheit dafür zu ermitteln, ob die schriftlichen Rückmeldungen für die Mutter eine Veränderung bewirkt haben. Aus diesem Grunde wurde noch einmal ein Gespräch mit der Mutter angestrebt, in dem die Mutter eine übergreifende Rückmeldung über ihr Verhalten erhielt. Als positiv könnte nach diesem Gespräch angesehen werden, daß die Mutter nach den vorhergehenden Gesprächen sich jetzt immer weitergehend traute, spontan auf J. zu reagieren und auch immer mehr davon überzeugt ist, daß Einschränkungen von ihr gesetzt werden dürften.

Eine Gesprächstherapie war noch nicht eingeleitet worden, da eine Ehetherapie sich als dringend notwendig erwies. Es schien, daß die Mutter Schwächen ihres Mannes heute nicht mehr ertragen kann. Sie ist der Ansicht, daß ohne diese Schwächen des Mannes die Konflikte mit J. nie so massiv aufgetreten wären und schneller zu beheben gewesen wären. Der Belastung

durch dieses sehr sensible Kind schien diese Beziehung nicht gewachsen zu sein. Erstaunlich ist, daß sich das Beziehungsverhältnis normalisiert, wenn das Kind für längere Zeit nicht in der Familie ist.

16.3.5. Darstellung der Befunde Fall 18

K. lebte in einem Heim (keine Angabe) und seit 2,1 Jahren in der Familie.
In den ersten Tagen war K. apathisch und reagierte nur auf Objekte. Die Eltern haben ihn dann in einem Kinderwagen an einen zentralen Ort innerhalb der Wohnung gestellt, wo er die meiste Zeit eine der Personen sehen konnte. Nach einer Woche fing K. an, auch Gesichter zu beobachten und auf die Wahrnehmung von Gesichtern zu reagieren. In den ersten Wochen war die Mutter fast ständig mit ihm in einem Raum zusammen, bis sie den Rat eines Arztes erhielt, daß das Kind Sonne brauche und sie das Kind in den Garten stellen solle. Die Mutter befolgte diesen Rat,und K. fing von diesem Zeitpunkt an zu schreien, sobald sich die Mutter entfernte. Die Mutter konnte jedoch nicht ständig bei K. bleiben, da sie ihrer Hausarbeit sonst nicht hätte nachgehen können. Für K. war dies eine schwierige Zeit, da er sich gerade daran gewöhnt hatte, die Mutter ständig um sich zu haben und eine emotionale Beziehung zu ihr aufzubauen. Es begann dann eine konfliktreiche Zeit für die Mutter, da sie sich hin und her gerissen fühlte zwischen dem Rat des Arztes und ihrer eigenen Empfindung, das Kind nicht allein zu lassen. Schrie K. besonders stark, ging sie zu ihm und tröstete ihn, bis er sich beruhigte. Dies war wiederum der Reiz für die Mutter, sich wieder zu entfernen und gleichzeitig eine Bestrafung für das Kind für sein adäquates Verhalten des Ruhigseins. Das Schreien verstärkte sich auch immer mehr, da es

durch das Auftauchen der Mutter verstärkt wurde. Die Mutter löste diesen Konflikt dann für sich, indem sie das Kind, sobald sie es in die Sonne gestellt hatte, schreien ließ. Nach einigen Tagen legte sich daraufhin das Schreien.

Wesentlich scheint hier, daß dieses Verhalten der Mutter kein durchgehendes Verhalten war, sondern daß sowohl die Mutter als auch der Vater in dieser Anfangszeit auf jeden sonstigen Wunsch des Kindes reagierten. Dabei war die Intention der Eltern, daß K. lernen sollte, daß es einen Zweck hat, einen eigenen Willen und eigene Bedürfnisse zu haben und daß K. die Möglichkeit hat, diese mit seinen eigenen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln durchsetzen kann.

Dieses Verhalten hat K. sehr gut gelernt, jedoch besteht auch hier das Problem des fading-out. Wird K. ein Wunsch verweigert (zum Beispiel, obwohl er schon fünf Bonbons gegessen hat, möchte er noch weitere), so kann er dies nur akzeptieren, wenn er sehr gut ausgeschlafen ist und noch hinzukommend gute Laune hat. Wenn diese beiden Bedingungen nicht gegeben sind, so erfolgt ein relativ langer Dialog zwischen Mutter und Kind, indem das Kind jeweils auf seinem Wunsch beharrt. Die Endreaktion des Kindes ist verschieden und anscheinend sehr stark von seiner Stimmung, die sehr wechselnd ist, mit bestimmt. Häufig zieht sich das Kind in eine Ecke zurück und bekommt einen ganz verschlossenen Gesichtsausdruck. Dort läßt die Mutter ihn sitzen, wenn die Auseinandersetzung zwischen ihr und dem Kind stattgefunden hat, tröstet ihn jedoch immer, wenn diese zwischen K. und dem Bruder stattfindet. Dies ist eine Verhaltensweise, die an anderer Stelle noch für die Bruderbeziehung wichtig wird.

Auf der anderen Seite reagiert K. allerdings auch mit Wutanfällen, indem er Gegenstände durch die Gegend wirft, die Mutter schlägt, tritt und sie anspuckt. Dieses Verhalten läßt die Mutter über sich ergehen,ohne es zu beachten. Ein sehr wesentlicher Gesichtspunkt ist, daß sich anhand der Verhaltensprotokolle herauskristallisiert hat, daß die Mutter ungefähr in 50 % der Fälle die Verbote nicht konsequent handhabt, sondern intermittierend das unadäquate Verhalten verstärkt. Hinzu kommt, daß - werden die Verbote aufrechterhalten - durch die langen Dialoge eine Verstärkung des quengelnden Beharrens K.s auf seinem Wunsch stattfindet. Diese langen Dialoge erschöpfen die Mutter wiederum so, daß sie häufig - da sie nach eigenen Aussagen nicht mehr die Kraft hat, das Verbot aufrecht zu erhalten - nachgibt.

Nach dem langen Zeitraum der absoluten Aufmerksamkeitszufuhr ist K. unfähig mit anzusehen, daß sich die Mutter auch zeitweise mit etwas Anderem beschäftigt als mit ihm. Auch hier erfolgt eine lange Aufmerksamkeitskette, ehe sich K. in die Situation fügt. So möchte er, sobald die Mutter am Schreibtisch sitzt, auf die Toilette. Ist dies erledigt und die Mutter wendet sich wieder ihrer Tätigkeit zu, fordert K. etwas zu trinken, was er dann auch erhält. Es erfolgen mindestens vier bis fünf dieser Forderungen, ehe K. die Mutter arbeiten läßt. Nach diesen Interaktionen verlangt K. nur mehr kurze Aufmerksamkeitseinheiten, so muß die Mutter zum Beispiel ein Bild bewundern, was er gemalt hat. Auf diese Wünsche geht die Mutter jeweils kurz ein und wendet sich dann wieder ihrer Arbeit zu. K. wendet sich dann stets wieder seinem Spiel zu.

Die Mutter beobachtet bei sich selbst, daß die lange Phase, bevor sie an den Schreibtisch kommt, sie äußerst nervös macht und daß sie zwar die Wünsche erfüllt, jedoch häufig ungehalten und laut dabei wird. Im ersten Jahr brachte die Mutter daher K. häufig zum Spielen zu einer Bekannten. Dabei war zu beobachten, daß K. dort sehr schön spielte, jedoch fast ein halbes Jahr die Mutter nicht beachtete, wenn sie ihn wieder abholen kam, so als ob er sie nie gekannt hätte. Nach diesem Zeitraum fing er dann an, Freude zu zeigen, wenn sie ihn wieder abholte.

Eine weitere Schwierigkeit war das Einschlafen. Sobald die Mutter Vorbereitungen zum Schlafengehen traf, wie zum Beispiel anfing, K. auszuziehen oder zu waschen, begann K. zu schreien und wehrte sich mit allen Kräften gegen diese Aktionen der Mutter. Die Eltern haben ihn daraufhin erst einmal völlig in Ruhe gelassen, da sie annahmen, daß er sich seinen Schlaf schon holen würde. Dies trat jedoch auch nach Tagen nicht ein. Daraufhin legten die Eltern ihn abends ins Bett, setzten sich an sein Bett und ließen ihn schreien bis er eingeschlafen war. Dabei versuchten sie ihn zu trösten und zu streicheln, jedoch nahm das Schreien dadurch kaum ab. Nach vier Wochen hatte sich das abendliche Schreien merklich reduziert und die Zeit bis zum Einschlafen hatte sich auch verkürzt. In dieser Zeit stand das Bett K.s im Elternschlafzimmer. K. kletterte nachts häufig aus seinem Bett und kroch zu der Mutter unter die Decke, was er im ersten Augenblick merklich genoß, jedoch dann begann, die Mutter aus dem Bett zu verdrängen. Die Mutter legte ihn daraufhin immer wieder zurück in sein eigenes Bett, wo er dann auch wieder einschlief, um dann nach einiger Zeit aufs Neue ins Bett der Mutter zu kriechen. Die Mutter hat daraufhin ihr Bett seit

einigen Tagen geräumt und schläft nachts im Wohnzimmer und K. in ihrem Bett. Im Augenblick kommt er noch jede Nacht weinend zu ihr und will mit der Mutter auf der Couch schlafen. Die Mutter tröstet ihn dann, bis er sich beruhigt hat, bleibt aber konsequent bei der Forderung, daß sie entweder in ihrem Bett schläft und er in seinem bzw. wenn er in ihrem Bett schläft, sie auf der Couch schlafe. In diesem Zusammenhang ist eine interessante Beobachtung zu machen. Die Eltern fuhren vor einiger Zeit allein in Urlaub,und K. verbrachte diese Zeit bei seinen Großeltern. Hier traten weder Einschlafschwierigkeiten noch nächtliches Aufwachen auf. Die Großmutter schien nach der Schilderung sehr ruhig und konsequent zu sein und arbeitete sehr viel mit materieller Belohnung (Süßigkeiten) bei adäquatem Schlafverhalten. Nach einer Woche in der Familie waren dann wieder K.s alte "Nicht-Schlafgewohnheiten" voll zum Tragen gekommen. Es konnte leider nicht ermittelt werden, wie sich die Mutter beim zu Bett bringen ganz konkret in den einzelnen Schritten verhielt. Die Mutter vermutet nur, daß sie nicht so konsequent sei und das auch nicht wolle, da ihr sonst das Verhalten von K. so dressiert vorkäme. Insgesamt hatte man fast den Eindruck, daß die Mutter dieses Einschlafzeremoniell und das Fordern K.s nach ihrer Nähe in keiner Weise unangenehm ist.

K. versuchte in der ersten Zeit auch immer im Mittelpunkt zu stehen, indem er Faxen und Spielchen mit anderen machte, was wiederum stark mit Zuwendung von der Mutter bedacht wurde, da sie ihn so niedlich empfand und sich immer freute, wenn die anderen dies auch so empfanden. Nach einigen Monaten erkannte die Mutter, daß diese große Aufmerksamkeit von ihr und den Fremden keine positive Auswirkung auf K. hatte. Sobald er nämlich in der Öffentlichkeit war, versuchte

er nun mit allen Mitteln sich in den Mittelpunkt zu drängen. Die Mutter beachtete daraufhin ganz konsequent weder in positiver noch in negativer Hinsicht K.s Aufmerksamkeitsverhalten. Obwohl die Fremden K. immer noch in den Mittelpunkt stellten, ließ dieses unadäquate Verhalten nach,und heute lehnt er es ab, in irgendeiner Weise von Fremden angefaßt zu werden. Die Mutter empfindet dieses Verhalten als ausgesprochen angenehm.

Die häufiger auftretenden Aggressionen K.s,bei zum Beispiel Willensverweigerungen, führt die Mutter auf das Modell des älteren Bruders zurück. So nimmt sie auch immer bei Streitigkeiten zwischen den beiden Brüdern an, daß der Bruder K. gereizt habe - selbst wenn sie nicht bei der Auseinandersetzung dabei gewesen ist. Hier muß erwähnt werden, daß der Bruder auch ein Adoptivkind ist und über zehn Jahre im Heim gelebt hat. Er kam ungefähr zum gleichen Zeitpunkt wie K., zu dem die Mutter eine intensivere Beziehung hat, in die Familie. Es ist also zu vermuten, daß auch der Bruder noch sehr viel Aufmerksamkeit benötigt.

Auffällig ist bei K., daß er noch sehr schlecht spricht. Dies liegt an einer Erkrankung der Ohren, wodurch er nicht mehr fähig ist, die Reize differenziert wahrzunehmen. Es ist ihm anscheinend nicht möglich, die Vielfalt der Worte, die in einem Gespräch verwandt werden, aufzunehmen und somit fällt auch der unbewußte Erwerb neuer Worte leicht weg. Häufig muß er nachfragen, auch wenn die Mutter laut und deutlich mit ihm spricht. Konkrete Sprachübungen lehnt die Mutter im Augenblick noch ab und stellt fest, daß ihr die nötige Motivation dazu fehle. Eine konkrete medizinische Untersuchung konnte bisher auch noch nicht durchgeführt werden, da sich K. gegen eine solche wehrt. Eine logopädische Behandlung ist bisher auch nicht eingeleitet worden,

jedoch von der Mutter als Fernziel anvisiert. Gleichzeitig hat die Mutter allerdings auch die Befürchtung, daß dieses Ohrenleiden ihn zusätzlich zu seinem Äußeren in eine Außenseiterrolle drängen könnte, da er auch an bestimmten sportlichen Übungen, wie zum Beispiel Schwimmen, nicht teilnehmen darf.

In der Spielsituation vor der Kamera fühlt sich die Mutter sehr stark verunsichert, schaut ständig zu der Kamera, nimmt Kontakt mit dem Untersucher auf und empfand sich in der Situation sehr verunsichert. Erst im längeren Verlauf der Aufnahmen kann sich die Mutter von der Kamera in ihrem Verhalten lösen. Dies macht sich stark im Spielverhalten der Mutter bemerkbar.

In einem gemeinsamen Spiel beteiligen sich die Mutter, K. und der Bruder. Das Spiel verläuft sehr interaktiv, und die einzelnen Teilnehmer kooperieren sehr gut miteinander. Dabei achtet die Mutter darauf, daß sich K. an gewisse Spielregeln hält, was dieser akzeptiert. Sehr auffällig in der ersten Phase der Filmaufnahmen ist, daß der Bruder sehr gut auf K. eingeht. K. hat sich Perlen und eine Schnur geholt, auf die er die Perlen auffädeln möchte. Dies schafft er jedoch nicht. Der Bruder macht es ihm bei einer Perle vor, läßt K. dann probieren, lobt ihn, wenn er es geschafft hat und nimmt auch Hautkontakt mit K. auf. Diese Beobachtung schien besonders wegen des Beziehungsverhältnisses der Mutter zu dem Bruder und dessen Auswirkung auf das Mutter-Kind-Beziehungsverhältnis wichtig zu sein.

Die Atmosphäre war sehr warm, zugewandt und es bestand häufig ein positiver Hautkontakt zwischen den einzelnen Personen.

Insgesamt wendet die Mutter sowohl Bestrafung, Zuwendung und Aufhebung aversiver Situationen an. Die Tendenz ist auf der positiven Verstärkerbasis zu verzeichnen, wobei jedoch eine sehr stark ausgeprägte Neigung der Mutter zu intermittierender Verstärkung besteht.

16.3.5.1. Verhaltensveränderungsvorschläge

Es wurde das "Willen-durchsetzen-Verhalten" angegangen, da es ein unadäquates Verhalten K.s ist, welches ihm in weiteren Kontaktgruppen, wie Kindergarten und Schule, Schwierigkeiten im Sozialkontakt bereiten könnte. Hinzu kommt, daß die Mutter dieses Verhalten für sich selbst sehr strapaziös empfindet.

Es wurde der Mutter aufgezeigt, daß die Reaktion K.s auf eine Wunschverweigerung (bis auf seltene Ausnahmen, wo er gute Laune hat und ausgeschlafen ist) toben, brüllen, schlagen, anspucken und mit Gegenständen werfen ist und die mütterliche Reaktion darauf in Nachgeben und/oder langen Dialogen besteht. Der Mutter wurde geraten, ihre Verbote konsequent zu handhaben und kein Vermeidungsverhalten zu zeigen und somit K.s unadäquates Verhalten auch nicht zu verstärken. Weiterhin wurde sie darauf hingewiesen, daß sie sehr stark zu intermittierender Verstärkung neige, die besonders löschungsresistent ist.

Weiterhin wurde das Störverhalten K.s, wenn die Mutter beschäftigt ist, angegangen. Auch hier wurde der Mutter geraten, die lange Aufmerksamkeitskette, bevor sie sich an die Arbeit setzt, zu unterbrechen. Es wurde geraten, notwendige Bedürfnisse des Kindes, wie auf die Toilette gehen oder etwas zu trinken haben

zu wollen, vor dem Beginn der mütterlichen Tätigkeit zu befriedigen, indem etwas zu trinken auf den Tisch gestellt wird, vorher auf die Toilette gegangen wird, sowie auch abgeklärt werden sollte, welche Spiele K. für diesen Zeitraum haben möchte. Hier wird also die Ausgangssituation verändert.

Als weitere Möglichkeit wurde aufgezeigt, daß die Mutter eine wenn ... dann ... Situation schafft, zum Beispiel, wenn du mich jetzt arbeiten läßt, dann bekommst du nachher ein paar Bonbons.

Sehr gut erschien das Verhalten der Mutter, wenn sie einmal arbeitet und sich dennoch zwischenzeitlich kurz K. bei Leistungen oder Lobforderungen zuwendet. Hier liegt die Betonung auf der kurzen Zuwendung, die zum einen dem kindlichen Bedürfnis nach Aufmerksamkeit gerecht wird, sowie auch der Arbeitsvorgang der Mutter dadurch nicht beeinträchtigt wird.

Die Mutter wurde generell noch einmal anhand der Beispiele darauf hingewiesen, daß sie in ihrem Verhalten stark zu intermittierender Verstärkung neigt und welche große Gefahr dies beinhaltet. Weiterhin wurde noch einmal hervorgehoben, daß es für die Verhaltensorientierung des Kindes nicht nur notwendig ist, Einschränkungen konsequent zu handhaben, sondern gleichzeitig wesentlich ist, adäquate Verhaltensweisen zu verstärken, da diese bei konsequenter Nichtbeachtung auch gelöscht würden.

Für beide unadäquaten Verhaltensweisen wurde time out mit gleichzeitiger Angabe von Alternativreaktionen vorgeschlagen.

Nur aufgegriffen werden konnte das Problem der Mutter älterer Bruder-Beziehung. Der ältere Bruder hat selbst noch ein starkes Bedürfnis, Zuwendung und Aufmerksamkeit von der Mutter zu erhalten. Die Mutter macht jedoch den Bruder für das unadäquate Aggressionsverhalten von K. verantwortlich und nimmt immer für diesen im Bruderkonflikt Partei, ohne den Sachverhalt oft zu wissen. Es wurde der Mutter aufgezeigt, daß sie das Schreien und Weinen K.s bei Bruder-Auseinandersetzungen durch ihre Zuwendung, die darauf erfolgt, verstärkt und gleichzeitig dadurch das Bruder-Verhältnis stark belastet. Durch dieses mütterliche Verhalten kann es auch häufig wirklich dazu kommen, daß der ältere Bruder aus Eifersucht K. bewußt reizt. Es wurde der Mutter aufgezeigt, welche positivem Auswirkungen der Bruder auf das Spielverhalten K.s haben kann und daß er hierfür auch Zuwendung benötigt und nicht immer nur für die Streitigkeiten verantwortlich gemacht werden darf. Außerdem lernt K. durch das Verhalten der Mutter, daß zwischenmenschliche Konflikte immer durch andere für ihn gelöst werden, ohne selbst adäquate Verhaltensweisen dafür zu entwickeln. Die Mutter ging sehr offen auf dieses Problem ein und legte dar, daß sie emotionale Schwierigkeiten mit dem älteren Bruder habe. Sie habe sehr lange Zeit benötigt, bis sich überhaupt eine emotionale Beziehung zu diesem Kind entwickelt habe, was auch durch sehr viele extrem unadäquate Verhaltensweisen des Kindes mitbedingt gewesen wäre. Sie hätte zwar Verständnis für diese Verhaltensweisen nach einem so langen Heimaufenthalt gehabt, jedoch habe dies die emotionale Beziehungsentwicklung gehemmt. Anders wäre dies bei K. gewesen, bei dem sie diese emotionalen Schwierigkeiten nie gehabt hätte und ihn auch gleich als ihr eigenes Kind empfunden habe. Auch würde das Alter K.s sie veranlassen, immer das Gefühl zu haben, ihn beschützen zu müssen. Es erschien der Mutter sehr

gut möglich, daß sie K. bevorzuge und sie erklärt sich bereit, auch auf diesem schwierigen Gebiet mitzuarbeiten.
(Verhaltensanweisungsbogen siehe Anhang A16)

16.3.5.2. Veränderungen des Verhaltens

Anhand der zweiten Verhaltensprotokollphase konnten folgende Verhaltensveränderungen seitens der Mutter und deren Konsequenzen für das kindliche Verhalten festgestellt werden:

- Die Mutter hielt die Reaktion des Nicht-Reagierens auf Quengeln und Weinen des Kindes bei Wunschversagungen sehr konsequent durch, worauf K. diese Verhaltensweisen weniger häufig zeigte und mittlerweile schon fähig ist, Verbote oder Verweigerungen zu akzeptieren.

- Ließ das Weinen und Quengeln nicht nach, wandte die Mutter sehr konsequent time out an. Alternativreaktionen wurden immer angegeben, zum Beispiel, wenn du ruhig bist, kannst du wieder-kommen. Versuchte K. diese wenn ... dann ... Forderung nicht einzuhalten, verlangte die Mutter konsequent die Einhaltung des time out.

- Wendete die Mutter kein time out an, versuchte sie mit K. zu reden, ohne das Verbot aufzuheben. Dabei ging die Mutter im Gespräch auch nicht auf sein Quengeln ein, sondern beachtete es überhaupt nicht. Die Häufigkeit, mit der K. versucht, seinen Willen durch Quengeln durchzusetzen, hat stark nachgelassen, und auch die Zeiteinheiten des Quengelns betragen jetzt nur mehr zwei bis fünf Minuten, wohingegen sie früher über eine halbe Stunde andauern konnten.

Diese weniger belastende Situation für die Mutter war wiederum eine Verstärkung für die Mutter, weiterhin konsequent zu bleiben.

- Sehr gut ist, daß die Mutter adäquate Verhaltensweisen, wie zum Beispiel ruhig sein, wenn die Mutter arbeitet, mit viel Verstärkung zu beantworten.

- Eine sehr positive Auswirkung hat die Nichteinmischung der Mutter bei den Bruderkonflikten gezeigt. K. hat wohl gelernt, daß sein Weinen nicht mehr durch eine positive Zuwendung seitens der Mutter beantwortet wurde, da dieses Verhalten bei Auseinandersetzungen nicht mehr von K. eingesetzt wird. Nach Angaben der Mutter haben aber auch die Auseinandersetzungen zwischen den Brüdern nachgelassen, so daß zu vermuten ist, daß auch der ältere Bruder durch das Verhalten der Mutter keinen Anreiz mehr hat, K. zu ärgern.

- Weiterhin scheint die Mutter recht gut zwischen Situationen zu unterscheiden gelernt zu haben, in denen das Weinen K.s berechtigt ist. In diesen wendet sie sich dann K. durch streicheln und trösten zu.

- Bei gewissen Verhaltensbeispielen war allerdings noch festzustellen, daß die Aufmerksamkeitskette vor dem time out zu ausgedehnt war. Die Mutter wurde noch einmal darauf hingewiesen, daß dies auch eine Verstärkung für das Kind bedeutet und daß sie bei Schwierigkeiten, bei denen sie vorher einschätzen kann, daß ein Gespräch sich langsam entspannt, lieber sofort time out einsetzt. Es wird somit vermieden, daß das unadäquate Verhalten verstärkt werden kann.

16.3.6. Darstellung der Befunde Fall 19

A. war drei Monate im Heim und 1,1 Jahre bei einer Pflegefamilie. Seit 1,4 Jahren lebt sie in der Familie.
Ein sehr großes Problem war es für die Eltern eine Möglichkeit zu finden, A. zumindestens ein wenig nächtlichen Schlaf zu ermöglichen. Sowohl die Vorbereitungen zum Schlafen als auch das Schlafen erzeugte bei A. Angst. Sie fing dann an zu schreien und um sich zu schlagen. Medizinische Beruhigungsmittel halfen auch bei A. nicht, um ihr den nötigen Schlaf zu ermöglichen. Die einzige Möglichkeit war in den ersten Tagen, daß die Eltern sie auf dem Rücken tragend in den Schlaf wiegten. Sobald jedoch bei den Eltern Erschöpfungserscheinungen eintraten und sie A. nicht mehr auf dem Rücken herumtragen konnten, wachte A. sofort auf und fing wiederum an zu schreien. Nach einigen Tagen kam der Vater auf die Idee, Kissen so aufzubauen, daß A. vielleicht das Gefühl haben könnte, weiter auf dem Rücken getragen zu werden und somit auch weiter schlafen würde. A. kam es anscheinend mittlerweile auf die Form des Rückens an,und sie schlief auf den Kissen weiter.

Eine andere Möglichkeit, A. den Schlaf zu ermöglichen war, daß die Mutter sie direkt auf ihre eigene nackte Haut legte und sie mit beiden Armen und der Schlafanzugsjacke umarmte. Dabei klammerte und krallte sich A. fest an die Mutter, so daß diese am ganzen Oberkörper blaue Flecke hatte. Auch wenn sich A. in dieser Position beruhigte (meistens dauerte das über eine Stunde) und einschlief, wachte sie doch häufig nachts schreiend aus dem Schlaf auf und war sehr schlecht zu beruhigen. Zur Entlastung der Mutter nahm der Vater dann häufig das Kind mit in das Wohnzimmer, machte

dort Licht an, baute Matratzen in der oben erwähnten Rückenform auf und blieb selbst so lange auf, bis sich A. beruhigte und wieder eingeschlafen war.

Diese Einschlaf- und Schlafschwierigkeiten zogen sich über Monate hin, auch wenn sich die Beruhigungszeiten verkürzten. Die Eltern begannen dann A., wenn sie eingeschlafen war, nachts in ihr eigenes Bett zu tragen, so daß sich A. daran gewöhnen konnte, morgens allein aufzuwachen. Nach einigen Wochen leiteten die Eltern den nächsten Schritt ein, indem sie A. abends in ihr eigenes Bett legten, sich aber jeweils ein Elternteil mit dazu legte, bis sie eingeschlafen war.

Das Einschlafen ist heute generell kein Problem mehr. A. schläft abends, nach einem gewissen Zeitraum, in dem sich die Eltern ihr gewidmet haben, ein. Schlecht schläft A. immer dann, wenn besondere Ereignisse am Tage vorgelegen haben, wie Besuch haben, Besuch machen oder daß die Mutter einen ganzen Nachmittag mal nicht da ist. Die Einschlafzeiten erhöhen sich dann und A. wacht dann häufiger in der Nacht auf.

Nachts wacht A. auch im Augenblick noch immer auf, und zwar zu einer bestimmten Zeit, in der die Züge vor ihrem Fenster wieder zu fahren anfangen. Sie steht dann selbständig auf und kriecht zu den Eltern ins Bett.

Beim Einschlafen macht sich bei A. auch häufig ihre Eifersucht auf die älteren Geschwister bemerkbar. So beansprucht A. die Eltern als ihre Eltern und weigert sich auch im Sprachlichen dieses Possessivpronomen zu verändern. Beim Vater gelingt es ihr mittlerweile schon manchmal, ihn als "unser Vater" zu bezeichnen, aber bei der Mutter noch nicht, da sie wohl zu dieser auch

eine noch stärkere Beziehung als zu dem Vater hat. So ist das abendliche Zu-Bett-gehen, wo jeden Abend eines der Kinder eine gute Nacht-Geschichte auswählen darf und die Mutter sich dann auch jeweils zu dem Kind auf das Bett setzt, eine harte Probe für A., wenn sie nicht diejenige ist. Sie verlangt dann, daß die Mutter sich auf ihr Bett setzt und fängt an zu quengeln, wenn die Mutter dieser Aufforderung nicht nachkommt. Die Mutter ist jedoch dann sehr standhaft und bleibt bei demjenigen Kind sitzen, da sie sieht, daß die beiden anderen Kinder ihre Zuwendung auch noch sehr brauchen und A. auch lernen soll, sich an gewisse Abmachungen zu halten. A. ist dann jedoch häufig so unausgeglichen, daß sie nicht mehr einschlafen kann und die Eltern sie in ihr Ehebett legen, wo sie dann auch einschläft.

Auch aus der Familienbeobachtung war zu entnehmen, daß A. es generell schlecht ertragen kann, wenn sich die Eltern nicht primär um sie kümmern und sich anderen Personen zuwenden. Sie versucht, sich dann in das Gespräch durch Schlagen der Eltern hineinzudrängen, worauf sich diese ihr auch immer zuwenden und dieses Verhalten unterstützen.

Aus den Schilderungen ging auch hervor, daß die Eltern sehr viel Verständnis und Zurückstecken der eigenen Interessen von den Geschwistern verlangen. So darf A. zum Beispiel, wenn sie den Wunsch hat, daß die Schwester sich mit ihr beschäftigt, jene jedoch Schularbeiten macht, die Schulhefte beschädigen. Die Mutter erwartet von der älteren Tochter, daß sie das akzeptiert und weist A. in keiner Weise auf ihr unadäquates Verhalten hin oder unterbindet dieses.

Sehr schwierig ist für A. die Akzeptierung einer Einschränkung. Bekommt sie zum Beispiel keine Bonbons mehr,

wirft sie sich auf den Boden, tritt um sich oder wirft Gegenstände im Zimmer herum. Dabei bevorzugt sie Gegenstände, bei denen die Mutter sie sonst immer bittet, vorsichtig damit umzugehen. Bekommt A. einen solchen Wutanfall, nehmen die Eltern sie auf den Arm und versuchen, sie zu beruhigen. A. rangelt und wehrt sich erst einmal auf dem Arm, bis sie nach einiger Zeit in ein Schluchzen ausbricht und sich sehr anlehnungsbedürftig zeigt. Das Verbot wird dabei weiter aufrechterhalten. Diese Wutanfälle von A. bei Wunschverweigerungen dürfen hier auf keinen Fall mit den Affektanfällen verwechselt werden. Wunschverweigerungen sind prinzipiell für A. sehr selten zu akzeptieren und führen daher meistens zu diesen Wutanfällen.

Sehr starke Ängste traten bei A. auch hinsichtlich Ärzten und Flugzeugen auf. Die Arztangst wurde bei dem praktischen Arzt durch sein therapeutisches Vorgehen (keinen Kittel anzuhaben; die Instrumente werden erst einmal im Spiel eingeführt; in einem normalen Raum über ein Spiel zu untersuchen) ihm gegenüber völlig abgebaut, jedoch liegt keine Generalisierung vor.

Sobald A. Flugzeuggeräusche hörte, lief sie schreiend zu der Mutter und klammerte sich an sie. Diese nahm sie dann auf den Arm, tröstete sie und erzählte dann die Geschichte ihrer Ankunft und daß sie selbst auch gerne fliegen würde und noch nicht einmal in einem Flugzeug gesessen hätte, wohingegen A. schon so etwas Schönes hätte erleben können. Heute zeigt A. keinerlei Ängste mehr bei Flugzeugen, auch wenn ihr das laute Geräusch unangenehm ist.

Ein ganz wesentliches Bedürfnis war für A. das Essen. Saß sie bei Tisch und ihr Teller wurde nicht sofort nachgefüllt, wenn sie aufgegessen hatte, fing sie an

zu schreien und zu wimmern. Bei den Essensvorbereitungen reagierte A. in derselben Art und Weise, wenn die Mutter Kartoffelschalen wegwarf. Sie holte diese dann sofort wieder aus dem Abfalleimer und begann diese zu essen. Die Mutter konnte ihr dann auch kein anderes Eßangebot machen, da dieses abgelehnt wurde. Um zu vermeiden, daß A. die Abfälle aß, warf die Mutter keine Eßabfälle in der Gegenwart von A. in den Mülleimer.

Die Eltern hielten in den ersten Wochen ein ständiges Eßangebot für A. bereit, so daß sie sich ständig bedienen konnte. Auch kochte die Mutter dreimal am Tage warm für A., da sie sowohl Brot als auch Aufschnitt ablehnte. Auch heute ist Essen für A. eine wichtige Angelegenheit, aber mittlerweile reguliert sie die Mengen selbst.

Fremden gegenüber zeigt sich A. aggressiv, wenn sich diese ihr zu sehr nähern, sie anstarren oder ihr zuviel Aufmerksamkeit zukommen lassen. Sie schlägt Fremde, wenn sich diese ihr zu stark genähert haben, und streckt ihnen auf der Straße bei zuviel Aufmerksamkeit die Zunge heraus. Die Mutter empfindet dieses Verhalten als positiv, da sie so lerne, sich gegen die Aufmerksamkeit zu wehren.

Sehr stark ausgeprägt ist bei A., daß sie ständig die volle Aufmerksamkeit der Eltern möchte und dies durch ständiges Störverhalten und Verbotsübertretungen auch erreicht. Während der Erhebungszeit versuchte sie das Gespräch ständig erfolgreich zu unterbrechen. Es war interessant zu beobachten, daß sich ein richtiges Reizwort in der Interaktion Eltern-Kind herauskristallisiert hat, auf das die Eltern prompt reagierten. A. brauchte nur zu sagen,"ich haue dich", dann

wandte sich mindestens ein Elternteil A. zu und ließ sich auf ein längeres Gespräch ein. Dieses Reizwort konnte A. sogar aus dem Nebenzimmer anwenden und sofort reagierten die Eltern. Auch jegliche anderen Versuche A.s, Aufmerksamkeit zu erlangen, zum Beispiel durch verbotenes Naschen von Süßigkeiten, waren von Erfolg gekrönt, da jedesmal eine positive emotionale Zuwendung stattfand. Hier war nur im Gegensatz zu dem Reizwort eine zeitliche Verzögerung zwischen Reiz und Reaktion zu verzeichnen, da die angefangenen Sätze in dem Gespräch zu Ende gesprochen wurden und dann erst die Verstärkung für A. eintrat. Diese zeitliche Verzögerung war allerdings sehr kurz.

Bei Situationen, in denen sich die Trennung eines Familienmitglieds ankündigt, da bestimmte Termine oder Ereignisse vorliegen, zu denen A. keine Lust hat, oder wenn A. sich über ein Familienmitglied geärgert hat, versteckt sie wesentliche Gegenstände, die das Eintreten des Ereignisses oder die Trennung unmöglich machen. Wenn zum Beispiel ein Besuch anliegt und A. diesen nicht mitmachen möchte, versteckt sie die Autoschlüssel. Der Besuch kann nicht mehr ausgeführt werden. A. versteckt jeweils für die Situation ganz gezielt Gegenstände. Neben dem positiven Effekt für A., daß das nicht gewünschte Ereignis auch nicht eintritt, erhält sie bei den Suchaktionen sehr viel positive Zuwendung von der Familie. Es liegen hier also zwei Verstärkungselemente vor. Das Suchen ist mit sehr viel positivem Zuspruch verbunden, da die Familienmitglieder das Versteck von A. erfahren möchten. Finden die anderen Familienmitglieder den gesuchten Gegenstand, stellt sich - nach Ansicht der Eltern - ein schlechtes Gewissen oder die Angst vor Strafe (was sehr unwahrscheinlich scheint, da A. nie negative Konsequenzen zu erfahren scheint) ein. A. eilt dann

in ihr Zimmer und verkriecht sich in einer Ecke. Für die Mutter ist dies der Auslöser, A. hinterher zu gehen und sie zu trösten und ihr zu versichern, daß ihr keiner böse sei. In diesem mütterlichen Verhalten liegt die dritte positive Konsequenz, die das Verhalten des Versteckens für A. hat.

Das Spiel verläuft auf einer sehr interaktiven Ebene, bei der sich die Mutter ganz auf die Phantasieebene des Kindes einstellt. Dabei verstärkt die Mutter spontan und unterhält sich während des gesamten Spiels mit dem Kind, ohne den Spielfluß dadurch zu unterbrechen oder einzuengen. In dem Gespräch schafft die Mutter auf der kognitiven Ebene neue Möglichkeiten, das Spiel zu gestalten, wobei sie dem Kind genügend Spielraum läßt, das Spiel frei und eigenständig zu gestalten. Sehr gut erscheint, daß die Mutter auch ihren eigenen Freiraum beansprucht, zum Beispiel wenn A. ihr etwas wegnehmen will, mit dem die Mutter noch spielt, so beansprucht die Mutter dieses Spielzeug mit der Erklärung, daß sie dies erst einmal fertigmachen wolle und sie auch nicht in ihr Spiel einschreiten würde, weiter für sich.

Die Atmosphäre wirkt sehr warm und akzeptierend. Dies läßt sich auch während des Gesprächs bei den beiden Ehepartnern untereinander beobachten. So erfüllt immer gerade derjenige, der nicht mit den Untersuchern spricht, die anliegenden Forderungen der Kinder. Sehr gut läßt sich dies auch an den nächtlichen Schlafstörungen aufzeigen, wo der Vater die nächtliche Betreuung übernahm, da er kein so ausgeprägtes Schlafbedürfnis wie seine Frau habe. Dieses Prinzip, die Aufgaben nicht nach dem Rollenschema zu übernehmen, sondern nach den Möglichkeiten und Fähigkeiten des jeweiligen Partners aufzuteilen, schien in dieser

Familie sehr ausgeprägt. Auch die gegenseitige Toleranz und Akzeptierung machte sich während des Gesprächs daran bemerkbar, daß auch gegenseitige Kritikpunkte geäußert wurden, ohne daß sich der Sprachstil oder das Verhalten in der Kommunikation veränderte.

Insgesamt wird von den Eltern sehr viel Zuwendung oder Aufhebung unangenehmer Situationen für A. angewandt. Bestrafungsverhalten konnte anhand der Daten nicht ermittelt werden.

16.3.6.1. Verhaltensveränderungsvorschläge

Aus der Analyse und der Beobachtung war zu ermitteln, daß A. es nicht gelernt hatte, die Aufmerksamkeit der Eltern bis zu einem gewissen Grade mit anderen Personen zu teilen. Dies macht sich stark bemerkbar, wenn Fremde da sind und A. mit Schlafstörungen darauf reagiert oder A. wütend wird, wenn die Eltern sich mal primär mit einem der Geschwister beschäftigen. Diese geringe Frustrationstoleranz könnte sich auch später für A. negativ auswirken, wenn sie sich zum einen in eine Gruppe einfügen muß (Kindergarten, Schule) und zum anderen in diesen Gruppen auf das Ausmaß der häuslichen Aufmerksamkeit verzichten muß. Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt, dieses unadäquate Verhalten anzugehen, sind die Geschwister, die auf der einen Seite sehr viel Rücksicht auf A. nehmen, indem sie mit den Eltern zusammen Situationen vermeiden, die A. reizen und auf der anderen Seite durch die starke Aufmerksamkeitsabsorbierung der Eltern durch A. zu wenig Zuwendung von diesen erhalten können. Aus diesen Überlegungen heraus werden drei Verhaltensweisen der Eltern-Kind-Beziehung angegangen.

Es wurde versucht, den Eltern anhand der Beispiele aufzuzeigen, daß die Geschwister eine gleichberechtigte Stellung neben A. einnehmen und daß ihre Rechte und Bedürfnisse gewahrt bleiben müssen und nicht, daß diese zurückstecken müssen, um Wutanfälle von A. zu vermeiden. Auch wenn die Geschwister schon einige Jahre älter sind als A., brauchen sie auch die Zuwendung der Eltern und die Regelung ihrer eigenen Rechte gegenüber A.

Hier wurde als exemplarisches Beispiel die Schulaufgabensituation der Schwester aufgezeigt, die es nicht so wichtig nehmen sollte, daß A. ihre Hefte beschädigt und sie bei den Schulaufgaben stört. Es muß hier erwähnt werden, daß die ältere Schwester ein ausgeprägtes schulisches Interesse hat und für sie die korrekte und saubere Erledigung dieser Aufgaben von großer Bedeutung ist. Den Eltern wurde folgendes, neu zu erlernendes Verhalten empfohlen, und zwar A. zuerst einmal zu bitten, die Schwester nicht bei den Schulaufgaben zu stören und bei Einhaltung der Bitte zu loben und eventuell eine materielle Belohnung in Form von Süßigkeiten einzusetzen. In dem Zusammenhang mit der Bitte können auch noch Erklärungen gegeben werden, daß man A. auch nicht beim Spiel stören würde oder ihre Spielsachen kaputt machen würde. Tritt das Störverhalten weiter auf, wurde auch hier empfohlen, time out anzuwenden. Dabei wurde ganz speziell in diesem Fall besonders betont, daß das time out schnell und ohne weitere Erklärungen erfolgen muß, da sonst die Gefahr der Verstärkung des Störverhaltens auftreten kann. Es wurde weiterhin aufgezeigt, daß das time out mit einer kurzen Anweisung für das adäquate Verhalten erfolgen sollte.

Die Eltern waren sehr erstaunt, daß solche für Außenstehende sichtbare Fehlverhaltensweisen ihrerseits

auftreten, jedoch gab die Mutter auch zu, daß sie schon öfters den Eindruck gehabt hätte, daß die anderen Kinder von ihnen überfordert würden, was sich sowohl in einem manchmal sehr stark auftretenden Anlehnungsbedürfnis als auch in Bemerkungen hinsichtlich einer weiteren Adoption bemerkbar mache, nicht wieder so ein kleines Kind adoptieren zu wollen.

Ein weiteres unadäquates Verhalten schien, daß A. ständig die Aufmerksamkeit der Eltern fordert und diese das aufmerksamkeitssuchende Verhalten ständig verstärken. Die Verstärkung der Eltern besteht in einem sofortigen Reagieren der Eltern. Es wurde den Eltern empfohlen, zum Beispiel die "ich haue dich"-Aufmerksamkeitsattacke völlig zu ignorieren, bei anderen Unterbrechungen wie "schau mal, habe ich die Puppe angezogen", Aufmerksamkeit zu geben, aber in einem so kurzen Verhältnis, daß die Eltern nicht ihre momentane Tätigkeit, zum Beispiel unterhalten, völlig abbrechen und sich in langen Zuwendungsketten dem Kind widmen. Auch dies konnte gut an gerade vorher eingetretenen Beispielen erläutert werden, da sich diese Situation fast ständig ergab. Bei ständigem Störverhalten (häufig auch mit Aggressionen verknüpft) wurde auch hier time out empfohlen.

Bei dem problematischen Verhalten, Sachen zu verstecken, wurde den Eltern erläutert, daß A. dabei nur positive Konsequenzen erfährt (s.o.). Zum einen lag hier die Möglichkeit vor, die versteckten Dinge einfach zu ignorieren, auch wenn man zum Beispiel den Schmuck gerne abends anziehen möchte. Durch dieses Verhalten fallen die drei Komponenten der positiven Verstärkung während des ganzen Ablaufes weg.

Bei notwendigen Gegenständen ist dieses Verhalten nicht mehr anwendbar. Hier besteht die Möglichkeit, eine Alternativreaktion zum Verstecken anzubieten, indem man sie auffordert, das Versteck anzugeben. Geht A. auf dieses Angebot ein, Verstärkung durch Zuwendung und eventuell materielle Verstärker, wird der Gegenstand nicht freigegeben, time out oder eine sonstige negative Konsequenz, wie zum Beispiel Tagessüßigkeitenration verringern.

Es wurde den Eltern gegenüber stark herausgestrichen und betont, daß keine langen Aufmerksamkeitsketten bei diesen unadäquaten Verhaltensweisen entstehen dürfen, schon gar nicht bei der Anwendung des time out, da sonst durch die Aufmerksamkeit eine Verstärkung des unerwünschten Verhaltens erfolgt und die zeitliche Nähe zwischen unadäquaten Verhalten und time out, um dieses wirksam anwenden zu können, nicht mehr gewährleistet sei. Dies schien bei dem Erziehungsverhalten der Eltern ein sehr wichtiger Gesichtspunkt, da dieses Aufmerksamkeitsverhalten gegenüber A. sehr ausgeprägt ist.

Der Vater empfand die Veränderungsvorschläge berechtigt und auch die Alternativmöglichkeiten gut zu verwirklichen. Die Mutter war eher der Ansicht, daß man A. soviel Aufmerksamkeit und sowenig Einschränkungen wie möglich auferlegen solle und daß sie time out als theoretische Möglichkeit gut, es jedoch als grausam empfände.

Beide Eltern erklärten sich zur Mitarbeit bereit. (Verhaltensanweisungsbogen siehe Anhang A 17)

16.3.6.2. Veränderungen des Verhaltens

Bei der Auswertung der Verhaltensprotokolle kristallisierte sich heraus, daß die Eltern die Nichtbeachtung von Störverhaltensweisen oder das Durchsetzen der eigenen Wünsche von A. sehr gut und konsequent handhaben. Das reine Aufmerksamkeitsverhalten wird von den Eltern völlig ignoriert und tritt auch nicht mehr auf.

Auch bei Einschränkungen blieben die Eltern sehr konsequent und beachteten das unadäquate Verhalten des Kindes, seinen Willen mit Wutanfällen durchzusetzen, nicht. Gleichzeitig boten sie aber dem Kind Alternativreaktionen an, die, wurden sie angenommen, verstärkt wurden. Hier schien es allerdings anhand der Protokolle noch einmal wichtig,darauf hinzuweisen, daß bei der Anbietung von Kompromissen wirklich erst das problematische Verhalten beendet sein muß, ehe die Verstärkung erfolgt, da sonst wiederum eine Verstärkung des unadäquaten Verhaltens erfolgt.

Wandten die Eltern time out an, wurden leider zwischenzeitliche Verstärkungen während des time out gegeben, ehe das problematische Verhalten beendet war. Die Mutter hatte beim time out den Eindruck, daß das Kind überstrapaziert wird und sie selbst dieses time out auch nicht durchhalten könne. Hinzu käme, daß A. immer so lieb und anschmiegsam sei, wenn sie das time out beendete, während das problematische Verhalten noch bestehe.

Es wurde hier noch einmal darauf hingewiesen, daß durch den langen Lernprozeß das problematische Verhalten sehr stabil sei und daß zu Beginn eines Löschungsprozesses das problematische Verhalten erst einmal verstärkt auftreten würde.

Ein sehr berechtigtes Argument der Eltern war allerdings, daß sie den Eindruck hätten, daß zu viele Verhaltensweisen des Kindes, Aufmerksamkeit zu erhalten, gleichzeitig angegangen worden wären, besonders da bis zu dem Zeitpunkt der Untersuchung jedes Verhalten A.s mit Zuwendung von ihnen beantwortet worden sei. So sei vielleicht für A. schon das Nichtbeachten bei Störverhaltensweisen ein großer Schritt gewesen, an den sie sich erst hätte gewöhnen müssen, ehe man den nächsthöheren Schritt des time out anwenden hätte sollen. Hier liegt wahrscheinlich ein Fehler des Untersuchers vor, der sich zu stark von lerntheoretischen Gesichtspunkten hat leiten lassen und diese nicht genügend mit dem Praxisbezug in Einklang gebracht hat.

Eine interessante Beobachtung war, daß der Vater, der während des Veränderungsgespräches sowohl das Störverhalten auch als problematisches Verhalten sah, als auch die daraus resultierenden Konsequenzen für die Familie und das Kind einsehen konnte, wesentlich besser und konsequenter sein eigenes Verhalten verändern konnte als die Mutter, die sehr stark nach dem Gesichtspunkt, daß das Kind doch früher so viel entbehren habe müssen, in den Vordergrund rückte und A.s Verhalten zwar rational als schwierig ansehen konnte, aber sich emotional bei ihr "etwas sperre" ihr jetzt keine Aufmerksamkeit mehr bei dem Störverhalten zukommen zu lassen. Aus diesem Grunde treten wahrscheinlich auch bei der Mutter manchmal Ansätze zu intermittierender Verstärkung auf.

Über die übrigen Verhaltensweisen können leider keine näheren Aussagen gemacht werden, da durch äußere Umstände die Protokollierung sehr unregelmäßig erfolgte und nicht genügend Material vorliegt, um Aussagen darüber machen zu können.

16.3.7. Darstellung der Befunde Fall 20

K. lebte 1,1 Jahre in Heimen und seit 2,2 Jahren in der Familie.
K. hatte im Gegensatz zu anderen Kindern wenig Probleme mit dem Schlafen. So weinte K. zwar in der ersten Nacht, die er in der Familie zubrachte, blieb aber die darauffolgenden Nächte ruhig. Auffällig war, daß er, bis auf kurze Pausen, die ganze Nacht mit dem Kopf gegen die Gitterstäbe seines Bettes schlug. In der ersten Nacht versuchte die Mutter, indem sie ein Steiftier zwischen die Gitterstäbe und K.s Kopf schob, dieses Kopfschlagen zu unterbinden. K. wurde daraufhin wütend und warf das Stofftier aus dem Bett. Daraufhin legte die Mutter ihre Hand auf seinen Kopf, damit sie ihn somit vom Kopfschlagen abhalten konnte. Auch dieses mütterliche Verhalten versetzte K. in Wut und er versuchte, die Hand wegzuschieben. Da die Eltern keine weiteren Möglichkeiten sahen, dieses Verhalten zu unterbinden, ließen sie ihn weiterhin mit dem Kopf gegen die Gitterstäbe schlagen und nach 14 Tagen Familienaufenthalt war dieses Verhalten K.s nicht mehr zu beobachten.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt für die Beurteilung des kindlichen Verhaltens ist die medizinische Diagnose einer Epilepsie. Nach Aussagen der Eltern wäre dadurch auch zu verstehen, daß K. sehr wetterfühlig sei und direkt nach dem Aufstehen schon anfange, zu quengeln. Hier muß allerdings gesehen werden, daß die Mutter angibt, selbst wetterfühlig zu sein und sie sich dann nicht wohl fühle. Es ist hier also die Frage, wieweit nicht das mütterliche Verhalten die Reaktionen bei K. hervorruft und nicht die jeweilige Wetterlage.

Im Zusammenhang mit der Epilepsie sehen die Eltern auch das Verhalten K.s, sich mit dem Bauch auf den Boden zu legen, die Beine scherenförmig übereinander zu schlagen, seinen Körper dabei rhythmisch zu bewegen und einen vollkommen abwesenden Gesichtsausdruck zu zeigen. Sprechen die Eltern ihn dann an, reagiert er nicht direkt auf diese, indem er ihnen zum Beispiel antwortet. Jedoch scheint er die Anrede der Eltern aufzunehmen und anscheinend ist ihm diese unangenehm, da er dann aufsteht, sich in eine andere Ecke zurückzieht, in der ihn die Eltern nicht sehen können. Dort legt er sich wieder in derselben Position auf den Bauch und beginnt wieder mit den rhythmischen Bewegungen.

Beide von den Eltern geschilderten Verhaltensweisen schienen den Untersuchern nicht so eindeutig auf die Krankheit zurückzuführen zu sein, da - wie schon erwähnt - die Mutter und der eine Sohn wetterfühlig sind und somit könnten die beiden Personen auch als Modell für wetterfühliges Verhalten für K. sein. Auch die als Krampfzustände beschriebene Verhaltensweise K.s beinhalten anscheinend auch noch die Komponente der Selbstbefriedigung. Rein auf die physiologische Komponente der Epilepsie scheint dieser Krampfzustand auch deswegen nicht zurückzuführen zu sein, da K. sonst nicht auf das Ansprechen der Eltern mit Sich-zurückziehen in eine unbeobachtete Ecke reagieren würde.

Ein weiteres Problem, welches die Eltern auf die Krankheit zurückführen, ist, daß K. kein Fleisch essen und sich beim Trinken immer verschlucken würde. Bei der teilnehmenden Beobachtung war festzustellen, daß sich K. selbständig Fleisch nahm und dieses auch aß. Beim Trinken war zu beobachten, daß die Mutter K. nach

einem kleinen Schluck sofort das Glas wegnimmt, da sie - nach eigenen Aussagen - Angst habe, daß er sich wieder verschlucken könnte. Wesentlich in diesem Zusammenhang ist es auch zu wissen, daß K. ein sehr stark ausgeprägtes Trinkbedürfnis hat.

Angst zeigt K. beim Arztbesuch. Er verhält sich auf der Fahrt und auch noch im Wartezimmer sehr ruhig, jedoch fängt er sofort angstvoll an zu schreien, wenn er im Arztzimmer ausgezogen wird. Die Mutter versucht, ihn dann mit mitgebrachten Spielsachen abzulenken, mit ihm zu reden und ihn zu trösten. In den meisten Fällen bleiben diese Bemühungen, K. zu beruhigen, ohne Erfolg. Hier mag auch mitspielen, daß K. sehr schlecht spielen und sich mit Objekten beschäftigen kann. Erstaunlich erschien, daß er nach Aussagen der Mutter anfänglich sehr ausdauernd spielen konnte und dies anscheinend verlernt hat. Anhand der Filmaufnahmen erstaunt das allerdings nicht mehr, da die Mutter ihm - sobald K. sich ein Spielzeug auswählt und zu spielen beginnt - einen anderen Spielgegenstand anbietet. Nimmt er diesen, sucht die Mutter sofort einen neuen Spielgegenstand, den sie ihm anbieten kann. Dabei gibt die Mutter K. ständig Anweisungen und Hilfen für die Handhabung des Gegenstandes, ohne ihm Zeit zum eigenständigen Hantieren mit dem Gegenstand zu gewähren. Der Spielablauf wirkt ausgesprochen hektisch, da diese Spielangebote in einer sehr schnellen zeitlichen Abfolge dargeboten werden und dadurch auch kein Spielfluß während des gesamten Spiels zu beobachten war.

Im Zusammenhang mit diesem fehlenden Spielverhalten ist auch zu beobachten, daß K. den Geschwistern und anderen Kindern keinen Freiraum läßt, ein eigenes Spiel zu entwickeln. So fordert oder nimmt sich K.

immer gerade das Spielzeug, womit die anderen Kinder spielen. Die Mutter verstärkt dieses Verhalten noch, indem sie von den anderen Kindern Nachsicht fordert und veranlaßt, ihm das Spielzeug zu geben. Hat jedoch K. das Spielzeug, schmeißt er es weg und fordert wiederum das Spielzeug, was sich die Kinder neu ausgewählt haben.

Die Mutter ist der Ansicht, daß er noch so klein sei und nicht wisse, was er macht, wohingegen der Vater der Ansicht ist, daß K. immer im Mittelpunkt stehen möchte und mit allen Mitteln seinen Willen durchsetzen möchte. Dies ist auch deutlich zu erkennen, wenn er das geforderte Spielzeug nicht erhält. K. fängt dann an zu schreien. Entweder geben ihm dann die anderen Kinder das Spielzeug freiwillig oder die Mutter schreitet zu seinen Gunsten ein.

Das gering ausgeprägte Spielverhalten ist vielleicht auch die Ursache für K.s destruktives Verhalten im Spiel mit anderen. So zerstört er die aufgebauten Spiellandschaften der Geschwister, obwohl ihm das Betreten des Raumes verboten ist. Die Mutter versucht in regelmäßigen Abständen, ihn in dieses Zimmer zu lassen, um zu sehen, ob er dieses Zerstörungsverhalten nicht mehr zeigt. Spätestens nach dem zweiten Besuch im geschwisterlichen Zimmer zerstört er aber wieder die Spiele und erhält wiederum ein Betretungsverbot. Dieses Verbot versucht K. zu unterlaufen, indem er sich heimlich in das Zimmer schleicht. Die Mutter konnte dabei beobachten, daß der Grad der Zerstörungen dabei wesentlich geringer ausfällt.

Die Mutter hat bei K. immer den Eindruck, daß er ständig Hilfe benötigt und daß sie ihm immer zur Seite sein müßte. Sobald K. eine eigenständige Handlung vollziehen will, verhält sich die Mutter ähnlich wie beim Spiel-

verhalten und greift sofort ein und nimmt K. die weiteren Handlungen, die zum Erfolg führen würden, ab. So versucht K., ein Bonbon auszupacken und als es ihm nicht sofort gelang, ging er zur Mutter und begann zu quengeln, worauf diese ihm sofort das Bonbon auspackte. Beim nächsten Bonbon wandte sich K. an den Untersucher, der ihn das Bonbon auspacken ließ und jeden kleinen Schritt lobte. K. freute sich ungemein, als er das Bonbon selbst ausgepackt hatte und zeigte es ganz stolz den Eltern.

Dieses zu frühe Eingreifen der Mutter ist auf allen Gebieten zu beobachten und führt zu einer sehr gering ausgeprägten Ausdauer K.s, eine Aufgabe selbständig zu lösen.

Die Mutter hat häufig das Gefühl, daß K. sie durch verbotene Handlungen zu provozieren versucht. Arbeitet sie in der Küche an der Waschmaschine, so beginnt K., diese zu bedienen. Daraufhin wiederholt die Mutter das bestehende Verbot, da sie Angst hat, daß K. sich einen ernsthaften Schaden zuziehen könnte. Aufgrund dieses Verbotes beginnt K. dann zu quengeln und hält dieses Verhalten solange durch, bis die Mutter ihm erlaubt, zumindestens Teilbereiche der Maschine bedienen zu dürfen. Allerdings hält sich K. nicht an die Handlungsbegrenzung und die Mutter muß sein Verhalten immer wieder eingrenzen.

Ähnlich verläuft das Verbot, nicht auf die nahe gelegene Straße zu laufen. Auch hier wird dieses Verbot immer wieder überschritten. Die Mutter ruft und läuft dann hinter ihm her und holt ihn zurück. Beide Verbotsüberschreitungen haben keinerlei negative Konsequenzen für K.

Sehr empfindlich reagiert K. auf jede Trennung von der Mutter, selbst wenn der Vater anwesend ist. Sobald K. merkt, daß die Mutter weggeht, beginnt er zu weinen und ist nicht zu beruhigen. Die Mutter hat daraufhin ihr Verhalten verändert und verläßt das Haus nur mehr allein, wenn K. nachmittags schläft.

Während des Gesprächs und der Familienbeobachtung gewinnt man den Eindruck, daß die Mutter sowohl in der Einstellung als auch im Verhalten die Schwierigkeiten, die sie in der Akzeptierung K.s hat, überkompensiert. Dies wird deutlich an der sehr nachgiebigen Einstellung, daß man K. eben vieles nachsehen müsse. Fehlverhaltensweisen werden als "Neugierde" oder "er braucht eben viel Bewegung" oder "er kann sein Verhalten eben noch nicht so übersehen" entschuldigt. Die Aussagen des Vaters, der angibt, daß K. eben mit allen Mitteln versuche, seinen Willen durchzusetzen und eben auch im Verhaltes immer versuche, sich in den Mittelpunkt zu schieben, stehen im Widerspruch dazu.

Auch bei den Einstellungsfragen von Frau E. ELLINGHAUS wird dies ganz deutlich. "Bei der tollen Art, die K. hat, müssen die Eltern ganz tolle Menschen gewesen sein". "Wenn ich mir so andere Kinder anschaue, muß ich sagen, der K. ist viel besser als die." Es war auch zu verzeichnen, daß die Mutter K.s Durchsetzungsvermögen als typisch asiatisch ansah und sich nicht im klaren darüber war, daß sie jede Aktion von K. seinen Willen durchzusetzen, sofort unterstützt oder dem Willen nachgibt.

Die Ankunft K.s scheint auch für den nächst älteren Sohn ein Problem darzustellen, da er seit diesem Zeitpunkt einnäßt.

K. wird für sein Verhalten prinzipiell verstärkt und bis auf das Verbot, das Kinderzimmer der Geschwister nicht zu betreten, nicht bestraft. Die Bestrafung liegt im time out, wenn er das Zimmer trotzdem betritt.

Die Atmosphäre machte einen warmen aber sehr hektischen Eindruck, der primär durch den nervösen Eindruck der Mutter entstand. Dies lag anscheinend aber mit an der Unsicherheit der Mutter gegenüber den Untersuchern, denn diese nahm merklich über den Untersuchungszeitraum ab.

16.3.7.1. Verhaltensveränderungsvorschläge

Insgesamt schien es wichtig, das Verhalten der Mutter dahingehend auszudifferenzieren, daß sie K. auf der einen Seite mehr Beschränkungen auferlegt, jedoch ihm auf der anderen Seite seinen eigenen Spielraum bei eigenständigen Handlungen vergrößert. Dies schien auch für die Familiensituation wichtig, da durch diese Förderung dieser Verhaltensweisen auch die Sonderstellung K.s gegenüber den Geschwistern abgebaut werden kann. Dabei sollte auch das Verbotsverhalten der Mutter bei technischen Geräten angegangen werden, jedoch berichtete die Mutter, daß K. mittlerweile die Verbote auf diesem Gebiete akzeptieren gelernt habe und mit der Bedienung von technischen Teilbereichen zufrieden sei. Daher wurden primär zwei Bereiche für Veränderungen angegangen, und zwar einmal die Förderung K.s Selbständigkeit, zum anderen das Spielverhalten K.s mit den Geschwistern, bei dem die Mutter immer versucht, K.s Wünsche auf Kosten der Geschwister zu befriedigen.

Bei der Förderung der Selbständigkeit wurde der Mutter anhand von Beispielen aufgezeigt, daß sie sofort eingreift und K. die Handlung abnimmt, wenn er nicht sofort weiterkommt. Der Mutter wurden folgende Anweisungen gegeben und an einem Beispiel durchgespielt: Sie solle nicht gleich eingreifen, sondern K. erst einmal Möglichkeiten ausprobieren lassen. Schafft er selbständig weitere Schritte, ihn sofort loben. Verlangt K. Hilfe, solle ihm diese nicht sofort gegeben werden (bei Dingen, die er schon selbständig machen kann), sondern durch verbalen Anspron, wie zum Beispiel "das kannst du doch schon so gut allein", veranlaßt werden, weiter zu probieren. Verlangt er weiterhin Hilfe, dann sollte ihm die Mutter diese nur schrittweise geben und K. dann wieder probieren lassen. Es wurde besonders betont, daß es wichtig beim Aufbau von neuen Verhaltensweisen sei, jeden Schritt, der auf das Endverhalten abzielt, zu verstärken.

Beim Spielverhalten K.s mit den Geschwistern und der Durchsetzung seines eigenen Willens mit Hilfe der Mutter wurde der Mutter die langfristige Konsequenz, nämlich, daß sie destruktives Spielen verstärkt und K. auf die Dauer starke Schwierigkeiten haben könnte, sich in eine Gruppe einzufügen, da diese Destruktivität ein unadäquates Verhalten sei, seine eigenen Wünsche durchzusetzen, aufgezeigt. Außerdem lernt K., daß er seine eigenen Wünsche mit Hilfe der Mutter durchsetzen kann, was wiederum die Geschwisterbeziehung stört. Die Mutter wurde daher aufgefordert, bei der Forderung K.s hinsichtlich eines Spielzeugs, mit dem eines seiner Geschwister spielt, folgendermaßen zu reagieren: "nein, damit spielt gerade J." und ihm gleichzeitig ein anderes Spielangebot zu machen. Eine weitere Möglichkeit ist die Anbietung eines Kompromisses. Akzeptiert K. den Kompromißvorschlag, sollte

ihn die Mutter verstärken. Fängt K. allerdings an zu schreien, sollte die Mutter ein konsequentes time out einsetzen, mit der gleichzeitigen Angabe, daß er wiederkommen kann, wenn er ruhig ist.

Weiterhin wurde durchgesprochen, daß das fehlende Spielverhalten K.s wohl durch das ständige Eingreifen und die dadurch entstehende Hektik mitbedingt sei. Auch hier wurde der Aspekt des Allein-ausprobierenlassens stark betont. Der Mutter wurde empfohlen, sich zusammen mit K. Spielobjekte auszusuchen und K. als Modell für einen Spielablauf zu dienen. Weiterhin wurde der Mutter empfohlen, immer nur auf der Spielebene in K.s Spiel einzugreifen und diejenigen Spielhandlungen, die K. aufeinanderfolgen läßt, sofort zu verstärken. Auch dies wurde an einer Spielsituation durchgespielt, um Korrekturen einbringen zu können.

Ein weiteres Problem war das Eßverhalten. Hier konnte beobachtet werden, daß dies ein Problem bei allen Kindern ist. Weigerten sie sich weiterzuessen, erhielten sie lange Aufmerksamkeitsketten der Eltern, die bis zum Füttern des 8jährigen Kindes gingen. Die Eßsituation wird von daher für alle sehr ermüdend und ausgedehnt, auch wenn sie sehr viel Verstärkung für die Kinder erbringt. Hier wurde generell erst einmal geraten, die Kinder nur die Mengen essen zu lassen, die sie auch möchten, und nach einer bestimmten Zeit den Tisch einfach abzuräumen, sowie die Zwischenmahlzeiten zu überprüfen und diese eventuell einzuschränken (zum Beispiel Süßigkeiten). Bei K. kommt hier noch ein weiteres Verhalten hinzu, daß er morgens häufig keinen Appetit hat, aber dann solange sitzen bleiben muß, bis er aufgegessen hat. Es wurde geraten, dieses Verhalten auch zu unterlassen, jedoch bei Hungergefühlen keine Süßigkeiten etc. anzubieten, sondern nur das übrig gebliebene Frühstücksbrot.

Beim Trinkverhalten wurde darauf hingewiesen, daß es gut möglich sein könne, daß K. nur so hastig trinkt, weil er mittlerweile gelernt hat, daß die Mutter ihm den Becker sehr schnell wieder wegnimmt. Wenn dies eine mögliche Erklärung sei, wäre es gut, wenn die Mutter - bei dem wohl auch immer vorhandenen Trinkbedürfnis K.s - ständig ein Trinkangebot für K. bereitstellen würde, das heißt zum Beispiel, einen Becher auf einen niedrigen Tisch stellen, so daß K. jederzeit trinken kann, wenn er möchte.
(Verhaltensanweisungsbogen siehe Anhang A18)

16.3.7.2. Veränderungen des Verhaltens

Sehr positiv ist die sehr gute und interessierte Mitarbeit dieser Mutter zu bewerten, die anscheinend auch zur Folge hatte, daß die Mutter enorm konsequent die neuen Verhaltensweisen lernte und diese auch so konsequent durchhielt. Nur so ist es auch zu erklären, daß sich bei diesem Kind sehr gute Erfolge zeigten und auch Verhaltensweisen sich veränderten, die nicht direkt angegangen worden waren.

Sehr konsequent handhabte die Mutter die Einsetzung von Verstärkern erst zu dem Zeitpunkt, wenn das problematische Verhalten auch wirklich beendet war. Die Mutter ermöglicht auch K. eine sehr gute Orientierung für sein eigenes Verhalten, indem sie immer bemüht war, ihm eine wenn ... dann ... Verhaltensbeziehung auf der verbalen Ebene kenntlich zu machen. Wurde diese wenn ... dann ... Beziehung von K. nicht eingehalten, wandte die Mutter sehr konsequent time out an. Für adäquate Verhaltensweisen wurde von der Mutter immer Verstärkung gegeben. Beim Aufbau von neuen Verhaltensweisen unterteilte die Mutter das komplexe

Verhalten immer sehr gut in kleine Schritte und verstärkte diese immer. Dabei wurden über die Anweisungen des Untersuchers hinaus von der Mutter sehr viele kreative Veränderungen und Umformung auf andere zu erlernende Verhaltensweisen geleistet. Diese ausgeprägte Mitarbeit und die konsequente Handhabung des neuen Verhaltens macht sich auch sehr bei der Veränderung des kindlichen Verhaltens bemerkbar. So ist K. mittlerweile in der Lage, mit anderen Kindern soweit auf einem bestimmten Raum zusammenzuspielen, daß er kein destruktives Spielverhalten mehr zeigt. Auch ist die Zeit, in der er sich mit einem Spielvorgang beschäftigen kann, stark gestiegen. Konnte er sich früher nur fünf Minuten mit einem Spiel beschäftigen, so ist er heute fähig, eine Stunde allein an einem Spielvorgang zu bleiben. Gleichzeitig ist es ihm möglich, die Mutter nicht mehr ausschließlich für seine Wünsche zu beanspruchen, so daß sich die Mutter Besuch oder Fremden zuwenden kann, ohne von K. gestört zu werden.

Durch die Förderung seiner Selbständigkeit ist K. mittlerweile auch fähig, sich allein anzuziehen. Diese steigende Selbständigkeit im Handeln macht sich auch auf anderen Gebieten bemerkbar. Sieht er heute, daß zum Beispiel noch Besteck auf dem Mittagstisch fehlt, holt er es eigenständig.

Ein sehr schöner Nebeneffekt scheint zu sein, daß K. bei seinen Krampfzuständen ansprechbar geworden ist. Es ist der Mutter möglich, ihn durch Spielangebote oder Beschäftigung mit ihm, diese Zustände aufzuheben. Dies scheint die Vermutung des Untersuchers, daß diese Zustände nicht rein physiologischer Natur (oder vielleicht auch gar nicht?) zu sein schienen, zu bestätigen. Anscheinend haben aber erst jetzt Spielangebote

und die Zuwendung der Mutter eine höhere Attraktivität für ihn gewonnen. Dadurch ist es wohl möglich, die Verstärkung, die wohl in diesem Zustand für K. vorhanden war, abzubauen.

Durch die konsequente Handhabung von Verboten innerhalb des Hauses ist erstaunlicherweise auch das Weglaufen auf die Straße nicht mehr aufgetreten. Dies kann natürlich auch durch die bessere Eigenbeschäftigung bewirkt worden sein.

Auch das Trink- und Eßverhalten ist wesentlich besser geworden, was in diesem Bereich auf die Gewährung der eigenen Wünsche hinsichtlich der Mengen erreicht worden zu sein scheint. Durch das ständige Trinkangebot hat sich wohl auch bei K. die Sorge, nicht genügend zu bekommen, gelegt, so daß er jetzt ruhiger trinkt. Gleichzeitig hat dies zur Folge, daß sich auch die Angst der Mutter, daß er sich verschlucken könnte, durch das Nichtauftreten gelegt hat.

16.3.8. Diskussion der Befunde der Veränderungsfälle

Bei den Veränderungsfällen können die Schwierigkeiten, die die Kinder noch immer zeigen oder zusätzlich während des Familienaufenthaltes entwickelt haben, auf die Fehlverhaltensweisen der Eltern zurückgeführt werden:

1. Die Eltern ermöglichen dem Kind durch ihr Verhalten keine absolute Bedürfnisbefriedigungsphase (2. Phase).

2. Die Eltern haben Schwierigkeiten im Verhalten hinsichtlich der Einführung von Bedürfnisbefriedigungsbeschränkungen auf seiten des Kindes (3. Phase).

Die Befunde dieser unterschiedlichen Verhaltensweisen der Eltern sollen hier getrennt dargestellt werden, da die Verhaltensweisen auf unterschiedliche Komponenten zurückzuführen sind. Außerdem sollen in dieser Diskussion primär die Zusammenhänge zwischen den mütterlichen Einstellungen und den daraus resultierenden Verhaltensweisen aufgezeigt werden, da es scheint, daß diese Einstellungskomponenten die primäre Ursache für die Fehlverhaltensweisen sind und bei der Initiierung von Verhaltensveränderungsanweisungen seitens des Untersuchers auch diese Komponente mit beachtet wurde. Mit ein Grund, diesen Gesichtspunkt mehr herauszukristallisieren, war, daß die Einstellung bei den Nicht-Veränderungsfällen durchgängig eine andere als bei den hier diskutierten Fällen war.

Um den Aspekt der Fehlverhaltensweisen nicht zu sehr zu vernachlässigen, werden die einzelnen Verhaltensweisen bei den Elternhandanweisungsbogen (siehe 17.2.2. und 17.3.2.) noch einmal aufgegriffen.

1. Nichtgewährung einer absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase

Das mütterliche Verhalten dieser Gruppe unterscheidet sich von allen anderen Müttern dahingehend, daß die Mütter eine stark ausgeprägte Tendenz zur Bestrafung in ihrem Verhalten zeigen und wenige Verstärkungselemente aus den Daten zu eliminieren waren.
Bei einigen Müttern werden bestrafende Verhaltensweisen schon direkt in der Anfangsphase eingeführt.
Bei den Müttern dieser Gruppe ist festzustellen, daß sie stark ausgeprägte normative Einstellungen haben, wie sich ein Kind verhalten muß und welche Empfindungen ein Kind zeigen darf und welche nicht. Anscheinend liegt hier eine Unfähigkeit vor, direkt auf das gezeigte

Verhalten des Kindes zu reagieren. Das Verhalten des Kindes wird in der Wahrnehmung der Mutter durch die Normeinstellungen der Mutter gefiltert und jede Verhaltensweise des Kindes, die außerhalb dieser normativen Einstellung liegt, wird mit Strafe beantwortet. Es ergibt sich zwangsläufig durch die in der frühen Kindheit erlebte Deprivation der Kinder, daß ihre Verhaltensweisen in der Anfangszeit außerhalb normativer Verhaltensweisen zu beobachten sind und die Kinder somit sehr viel bestrafende Verhaltensweisen von seiten dieser Mütter erfahren.

Bei diesen Müttern liegen auch gleichzeitig - bedingt durch ihre normativen Einstellungen - stark ausgeprägte negative Emotionen hinsichtlich der kindlichen Verhaltensweisen vor. So kann man verzeichnen, daß einige Mütter stark aversiv auf die Situation des Essenforderns seitens des Kindes reagieren, da sie dieses ausgeprägte Bedürfnis der Kinder als unwürdig und als tierisch-gierig empfinden, sowie bei diesen Müttern auch das nächtliche Schreien soweit negative Emotionen hervorruft, daß es als Erpressung des Kindes empfunden wird und auch hier Bestrafungen bis zu einer In-Vivo-Implosion eingesetzt werden.

Auch das stark ausgeprägte Bedürfnis der Kinder nach Zuwendung und Anlehnung an die Mutter wird von einigen Müttern nicht erfüllt. Die Einstellungen der Mütter, die zu diesen Verhaltensweisen führen, konnten nicht in allen Fällen herauskristallisiert werden, jedoch waren bei zwei Müttern die Einstellungen herauszukristallisieren. Die eine Mutter empfindet ängstliches und anlehnungsbedürftiges Verhalten von dem Kind als albern und bestraft das Kind verbal und körperlich dafür, wohingegen die andere Mutter das Empfinden hat, daß das Kind lernen muß, sie so wenig wie möglich zu beanspruchen, um ihr Eigenleben führen zu können.

So unterschiedlich diese Einstellungen der Mütter gegenüber den Kindern sind, so haben sie doch alle gemeinsam, daß sie eine mehr oder weniger partielle Ablehnung gegenüber dem Kind ausdrücken und sich offensichtlich auf der Verhaltensebene durch stark ausgeprägte Bestrafungstendenzen auswirken.

Auf der Seite des kindlichen Verhaltens wirken sich diese negativen Emotionen und Verhaltenstendenzen dahingehend aus, daß die Kinder zum einen eine stark ausgeprägte Ängstlichkeit zeigen sowie auch häufig eine oder mehrere Phobien zu verzeichnen sind und zum anderen gaben die Mütter auch an, daß sich die Kinder nicht genügend geliebt und auch zurückgesetzt in der Familie fühlen. Dieses Empfinden der Kinder macht sich auf unterschiedlichen Verhaltensebenen bemerkbar. So ist zu verzeichnen, daß ein Kind erst während des Familienaufenthaltes eine Enuresis zeigte, obwohl sie bei der Ankunft und noch einige Monate danach nicht einnäßte, als auch lange Zeit mit jedem freundlichen Fremden mitging, wohingegen ein anderes Kind nach einiger Zeit des Familienaufenthaltes jedes Essen verweigerte und dieses wieder erbrach, sowie es auch ein stark ausgeprägtes Nuckelbedürfnis zeigt.

Generell kann festgestellt werden, daß das Verhalten der Kinder stark ängstlichen Charakter auf einem umso größeren Verhaltensrepertoire zeigt, umso ausgeprägter die negative Einstellung und das bestrafende Verhalten der Mutter ist.

2. Nichteinhaltung des fading-out der absoluten Befriedigungsphase

Auch bei dieser Gruppe unterscheidet sich das mütterliche Verhalten von allen anderen Müttern, und zwar

dahingehend, daß sie eine stark ausgeprägte Tendenz aufweisen, nur verstärkend auf das Verhalten der Kinder zu reagieren.

Es ist offensichtlich, daß diese Mütter anhand dieser Verhaltenstendenz die absolute Bedürfnisbefriedigungsphase geleistet haben, jedoch Schwierigkeiten haben, dieses absolut gewährende Verhalten wieder abzubauen. Auch hier scheinen die Einstellungen und Emotionen der Mütter ihr Verhalten primär zu bestimmen, jedoch lassen sich leider - im Gegensatz zu den negativen Verhaltenstendenzen - keine Übereinstimmungen feststellen.

Es scheint jedoch festzustellen zu sein, daß ein stark überängstliches Verhalten der Mutter und eine Infragestellung der eigenen Mutterrolle bei Verhaltensschwierigkeiten zu einer "Überreaktion" auf jede kindliche Äußerung führt, was wiederum für das Kind als Modell zu dienen scheint, auch eine "Überreaktion" auf das mütterliche Verhalten zu zeigen und somit ein geschlossener, sich selbst verstärkender Regelkreis der Mutter-Kind-Beziehung entsteht, der neurotischen Charakter annimmt.

Diese Überkompensation kann auch zu verzeichnen sein, wenn die Mutter Schwierigkeiten hat, das Kind vollständig zu akzeptieren, jedoch negative Emotionen ihrerseits nicht akzeptieren kann. In diesem vorliegenden Fall reagiert die Mutter auch überempfindlich auf jede Stimmungs- und Wunschäußerung des Kindes. Im Gegensatz zu dem erst geschilderten Fall liegt dadurch allerdings primär eine Einschränkung auf dem Handlungsbereich und nicht auf dem emotionalen Bereich vor. Dies liegt sicherlich auch darin begründet, daß diese "Nichtakzeptierung" nur sehr gering ausgeprägt war.

Im Gegensatz zu dem In-Zweifelziehen der Mutterrolle kann auch das Bedürfnis nach ständiger oder häufiger Bestätigung der Mutterrolle und des "Gebraucht-werdens" seitens des Kindes eine fading-out-phase verzögern, da das Kind dadurch selbständiger und unabhängiger von der Mutter wird, da es gelernt hat, daß nicht jedes Bedürfnis von der Mutter befriedigt wird und somit auch die Abhängigkeit von der Mutter sich langsam verringert.

Den oben angeführten Fällen ist gemeinsam, daß die fading-out-phase für die Mütter eine Schwierigkeit darstellt, da sie intrapsychische Konflikte und Bedürfnisse haben, wohingegen nur in einem Fall die Eltern die Befürchtung hatten, daß eine konsequente fading-out-phase nach der heimatlichen Deprivationserfahrung eine Überforderung für das Kind darstellen könnte.

Insgesamt war interessant, daß die Mütter mit stark bestrafenden Verhaltensweisen im Gegensatz zu den Müttern mit sehr gewährendem Verhalten nicht zur Mitarbeit bereit waren oder diese einfach abbrachen.

17. DISKUSSION DER VORLIEGENDEN BEFUNDE

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Adoptivkinder bei ihrer Eingliederung in die Familie drei, sich auseinanderentwickelnde Phasen durchlaufen müssen, wenn die Entwicklung und die Eingliederung des Kindes positiv verlaufen soll. Die drei Phasen sollen hier noch einmal kurz aufgezeigt werden:

1. Phase: Weckung von Bedürfnissen auf seiten des Kindes

2. Phase: absolute Bedürfnisbefriedigung

3. Phase: fading-out der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase.

In der ersten Eingliederungsphase wird deutlich, daß das Kind durch die Herauslösung aus dem Objektbereich und der Ausgliederung aus dem mitmenschlichen Bereich in den Heimatländern nicht den Umgang mit Objekten und Menschen gelernt hat, sondern in der schon beschriebenen Form des Kurzschlusses (siehe 11.) gelebt hat. Es zeigt sich also, daß das Modell der individuellen Aneignung geeignet ist, die zu beobachtenden Verhaltensweisen zu erklären.

Diese erste Eingliederungsphase ist relativ unproblematisch für die Eltern, da das Kind allein schon durch die ständige Anwesenheit einer der Familienpersonen und eines ständig präsenten Spielzeugangebots, zum Beispiel in seinem Laufstall, sich aus seiner Apathie löst. Schwierig und mehr Einfühlungsvermögen verlangen die beiden weiteren Eingliederungsphasen von den Eltern. Ehe darauf näher eingegangen wird, soll dargestellt werden, aufgrund welches theoretischen Verständnisses diese beiden Phasen absolut notwendig

für eine positive Entwicklung des Kindes sind und wieso sie sich zwangsläufig auseinander entwickeln müssen.

Geht man davon aus, daß die Kinder in ihren Heimatländern sowohl auf dem Objekt- als auch auf dem mitmenschlichen Bereich eine ausgeprägte Deprivation erfahren haben, so stellt sich die Frage, durch welche Sozialisationsbedingungen eine Aufhebung oder Veränderung der aus der Deprivation resultierenden Verhaltensauffälligkeiten bewirkt werden können und somit eine positive Entwicklung gewährleistet ist. Es läßt sich feststellen, daß dem massiven Erlebnis der Deprivation ein ebenso massives positives Erlebnis innerhalb der Familie entgegengesetzt werden muß und daß es dem Kind erst aufgrund des Widerspruchs dieser beiden Erfahrungen (Gesetz der Negation der Negationen) ermöglicht wird, sich zu einer gesellschaftlich integrierten Persönlichkeit zu entwickeln. Das heißt also, daß die Eltern dem Kind erst einmal ermöglichen müssen, seine Bedürfnisse absolut zu befriedigen und dann dem Kind durch die schrittweise Zurücknahme der absoluten Bedürfnisbefriedigung ermöglichen, den Widerspruch dieser beiden Erfahrungen zu überwinden. Durch die Überwindung dieses Widerspruches ist es dem Kind dann möglich, seine eigenen Bedürfnisse in bestimmten Situationen dem Gruppenbedürfnis der Familie zu unterstellen.

Den Eltern verlangt besonders die zweite Phase der Eingliederung sehr viel ab, da sie sich zum einen von normativen Bezugssystemen, was ein Kind in dieser Altersstufe zu leisten hat, lösen müssen und zum anderen, ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen müssen, da die Kinder nicht auf der Entwicklungsstufe stehen, Bedürfnisse anderer akzeptieren zu können.

Der Übergang von der zweiten zur dritten Eingliederungsphase verlangt ein gutes Differenzierungsvermögen der Eltern hinsichtlich der sich verändernden Verhaltensweisen der Kinder. So zeigen die Kinder zum Beispiel in der Anfangsphase ausgeprägte Ängste hinsichtlich des Schlafens, wohingegen sie im weiteren Verlauf nachts nach den Eltern schreien, weil sie nicht mehr schlafen können und sich langweilen. Diese beiden Verhaltensweisen des Kindes zu differenzieren, erfordert viel Einfühlungsvermögen und ein differenziertes Verhaltensrepertoire der Eltern.

Eine Erleichterung für die Eltern hinsichtlich der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase scheint der sehr schlechte körperliche Zustand der Kinder zu sein. Selbst ältere Kinder sind häufig noch auf dem Entwicklungsstand eines Säuglings, wenn sie in die Familie aufgenommen werden, so daß sich die Eltern sowohl emotional als auch handlungsmäßig dem Kind gegenüber wie einem Säugling verhalten. Dies scheint zum einen die emotionale Beziehung der Eltern zu dem Kind zu erleichtern und zum anderen ein Vorteil für die Kinder zu sein, da ihre emotional-geistige und körperliche Entwicklung sich dialektisch auseinander-entwickeln.

Es ließe sich anhand der Ergebnisse vermuten, daß ein gleichmäßiger Entwicklungsrückstand sowohl auf dem körperlichen als auch emotional-geistigen Bereich eine Erleichterung hinsichtlich der Aufhebung und Veränderung der Deprivationsschäden darstellt.

Anhand der vorliegenden Befunde lassen sich zwei Elterngruppen herauskristallisieren, und zwar zum einen diejenige Gruppe, die diese drei Phasen in ihrem elterlichen Verhalten aufeinander folgen ließen und zum anderen die Elterngruppe, die bei der zweiten oder dritten Phase Schwierigkeiten in ihrem Verhalten zeigten und daher Veränderungsvorschläge erhielten.

Neben dem Aspekt der unterschiedlichen Verhaltensweisen der Eltern, der bei der Beantwortung der Untersuchungsfragen wieder aufgegriffen wird, konnte ein weiterer Aspekt, der die Einstellungen der Eltern hinsichtlich des Kindes und des kindlichen Verhaltens betrifft, herauskristallisiert werden. So läßt sich bei den Nichtveränderungsfällen ermitteln, daß die Eltern auf der einen Seite auf die Bedürfnisse der Kinder während der Eingliederungsphase absolut eingehen, jedoch nach dieser Eingliederungsphase die absolute Bedürfnisbefriedigungsphase schrittweise zurücknehmen. Dieses Verhalten scheint aus der Einstellung der Eltern, daß sie die Kinder gleichwertig wie die schon in der Familie lebenden Kinder behandeln wollen, zu resultieren.

Im Gegensatz zu dieser Elterngruppe lassen sich bei den Veränderungsfällen zwei sich von der ersten Gruppe unterscheidende Einstellungskomplexe herauskristallisieren. Bei der einen Gruppe liegt ein stark ausgeprägtes normatives Bezugssystem hinsichtlich nicht erwünschter Verhaltensweisen des Kindes vor. Die anfänglichen Verhaltensschwierigkeiten der Kinder werden durch dieses normative Bezugssystem gefiltert und können von seiten der Eltern nicht akzeptiert werden, was zur Folge hat, daß diese Kinder von Anfang an innerhalb der Familie Bestrafungen erleben. Die Quantität und Qualität der Bestrafung sind wiederum jeweils von dem Grad der normativen Bezugssystemausprägung abhängig. Diese Eltern ermöglichen den Kindern also keine absolute Bedürfnisbefriedigungsphase, da die geforderten Verhaltensnormative und Forderungsprofile, die an das Kind herangetragen werden, in so einem starken Widerspruch zu den Fähigkeiten des Kindes stehen und auch die Personen der Umwelt dem Kind nicht helfen, diesen Widerspruch zu überwinden

(vgl. ELKONIN, 1967). Liegt dieser Vermittlungsaspekt zwischen Eltern und Kind jedoch nicht vor, kommt es zu psychischen Störungen auf seiten des Kindes, die sich in den vorliegenden Fällen in stark ausgeprägten Ängsten und/oder Phobien, sowie dem Empfinden des Kindes, nicht genügend in der Familie geliebt zu werden, ausdrücken. Dabei muß bei dem Widerspruch zwischen Forderungsprofil und den Fähigkeiten des Kindes festgestellt werden, daß dieser nicht nur wegen der fehlenden Vermittlerrolle der Erwachsenen für das Kind unüberwindbar ist, sondern das Forderungsprofil der Eltern anscheinend auch auf einer höheren Entwicklungsstufe liegt als der reale Entwicklungsstand des Kindes. Die Anforderungen sind für die Kinder nicht mehr zu bewältigen und anhand der ständigen Überforderung entwickeln sich Ängste, da die Kinder nie gelernt haben, daß sie gestellte Anforderungen bewältigen können. Dies kann sich zum Beispiel so bemerkbar machen, daß ein Kind aufgrund dieser Tatsache Angst vor körperlichen Anforderungen entwickelt hat, obwohl es mittlerweile vom physiologischen Standpunkt fähig wäre, die nunmehr von den Eltern geforderten Leistungen zu erfüllen.

Die zweite Gruppe der Veränderungsfälle unterscheidet sich von den beiden übrigen Gruppen dahingehend, daß die Eltern nicht den schrittweisen Abbau der absoluten Bedürfnisbefriedigung bewältigen. Die Einstellungen dieser Elterngruppe im Verhältnis zu der oben aufgeführten sind wesentlich breiter gefächert, jedoch läßt sich feststellen, daß es sich auch hier um intrapsychische Schwierigkeiten der Eltern handelt, die ein fading-out der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase verhindern. Hier soll nur ein besonders eklatanter Fall nochmals aufgegriffen werden. Bei

einer Mutter war festzustellen, daß ihr eigenes Bezugssystem, jedem Ereignis eine stark ausgeprägte - meist angstbesetzte - Bedeutung zukommen zu lassen, zum einen von dem Kind imitiert wurde und anscheinend zum anderen schon bestehende Ängste verstärkte (vgl. CASMIR, 1972). Durch diese Einstellung der Mutter entwickelte sich ein Interaktionssystem zwischen Mutter und Kind, was darauf beruhte, daß jeder der Interaktionspartner auf jegliche Stimmungsveränderung des Partners mit Besorgnis reagierte. Durch diesen Kreislauf entstand eine self-fullfilling-prophecy.

Bei den Kindern wirkt sich insgesamt betrachtet das nicht schrittweise Zurücknehmen dahingehend aus, daß die Kinder nur in einem sehr geringen Maße die Fähigkeit entwickelt haben, ihre eigenen Bedürfnisse in bestimmten Situationen den Bedürfnissen der Familie unterzuordnen. Sie versuchen vielmehr weiterhin ihre eigenen Bedürfnisse durchzusetzen, was sich als eine weitere Schwierigkeit im Kontakt mit außerfamiliären Gruppen entwickeln kann.

Bezeichnend für die unterschiedlichen Einstellungen dieser beiden Veränderungsgruppen war sicherlich auch, daß die Eltern mit ausgeprägten normativen Bezugssystemen nicht zur Mitarbeit bereit waren oder diese Zusammenarbeit abbrachen, wohingegen die zweite Veränderungsgruppe zur Mitarbeit bereit war und diese Mitarbeit auch nicht abbrach.

Nachdem hier die Einstellungen der Mütter kurz aufgezeigt worden sind, ist festzustellen, daß diejenigen Mütter, die sich um eine positive emotionale Beziehung zu dem Kind bemühen, sich sehr bei der Zusammenarbeit mit dem Untersucher engagieren und auch die besten Erfolge hinsichtlich des Abbaus unadäquater und des Aufbaus adäquater Verhaltensweisen zeigten.

Neben dieser ausgeprägten Abhängigkeit positiver kindlicher Verhaltensveränderungen von den mütterlichen Einstellungen kann festgestellt werden, daß die Verhaltensweisen, die aus der Vorerfahrung der Kinder resultieren, durch ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen abgebaut bzw. aufgelöst werden können.

Hier wäre allerdings für eine adoptionsbegleitende Betreuung wichtig, daß nicht nur primär auf der verhaltenstherapeutischen Basis gearbeitet würde, sondern auch gesprächs- oder kommunikationstherapeutische Vorgehensweisen mit einbezogen würden, um auch diejenigen Mütter, die einen ausgeprägten normativen und bestrafenden Erziehungsstil haben, für eine Mitarbeit gewinnen zu können.

18. BEANTWORTUNG DER UNTERSUCHUNGSFRAGEN

Die Beantwortung der Untersuchungsfragen erfolgt hier chronologisch, da dies auch jeweils die aufeinanderfolgenden Schritte der Arbeit waren und die jeweiligen Fragen während des Untersuchungsverlaufes beantwortet werden mußten, um sowohl praktisch als auch theoretisch den nächsten Untersuchungsschritt leisten zu können.

Im folgenden werden die Untersuchungsfragen

1. Welche Reaktionsschemata entwickelten die Mütter (Eltern), um auf die Verhaltensschwierigkeiten der Kinder einzugehen?

2. Welche Veränderungen bewirken diese Reaktionsschemata hinsichtlich des Deprivationssyndroms?

gemeinsam behandelt.

Es sollen hier zum einen die Fragen so beantwortet werden, daß ein Verhaltensanweisungsbogen für weitere Adoptiveltern entsteht und zum anderen die Reaktionsschemata so aufgesplittet werden, daß zum einen die positiven und empfehlenswerten Verhaltensweisen und zum anderen die negativen und zu vermeidenden Verhaltensweisen herauskristallisiert werden können. Weiterhin werden die adäquaten Verhaltensweisen und unadäquaten Verhaltensweisen der Eltern nach den drei Eingliederungsphasen aufgesplittet:

1. Phase: Weckung von Bedürfnissen auf seiten des Kindes.

2. Phase: absolute Bedürfnisbefriedigung.

3. Phase: fading-out der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase.

Folgende Tabelle entsteht aufgrund dieser Kriterien, wobei die mit einem Doppelpfeil gekennzeichneten Veränderungen auf seiten des Kindes Langzeitauswirkungen der mütterlichen (elterlichen) Verhaltensweisen auf das Kind bedeuten, wohingegen die nicht gekennzeichneten Reaktionen des Kindes sofortige Reaktionen auf das mütterliche Verhalten darstellen.

18.1. Verhaltensweisen in der ersten Eingliederungsphase

Tabelle VIII: Adäquate Mutter-Kind-Beziehung in der ersten Eingliederungsphase

1. Phase: Weckung von Bedürfnissen auf seiten des Kindes:

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (der Eltern)	Veränderung auf seiten des Kindes
I. Das Kind reagiert nicht auf Objekte	- Spielobjekte werden in den Laufstall des Kindes gelegt - Mutter spielt vor den Augen des Kindes mit dem Spielzeug - Die Mutter versucht, dem Kind Spielzeugangebote in die Hand zu geben (nicht zwingen) - Die Mutter führt die Hand des Kindes und zeigt ihm somit, welche Auswirkungen die Manipulation des Kindes auf das Spielzeug hat, z.B. die Mutter baut einen Turm und stößt diesen mit der Hand des Kindes um (nicht zwingen)	=→ Das Kind entwickelt Interesse an Objekten und lernt, diese selbst zu manipulieren

II. Kind reagiert nicht auf die Menschen seiner Umwelt, weder daß es die Menschen mit den Augen verfolgt oder fixiert, noch daß es emotionale Reaktionen bei An- oder Abwesenheit der Erwachsenen zeigt	- Eltern stellen z.B. einen Laufstall so in der Wohnung auf, daß das Kind die Mutter (Eltern) beobachten kann	=→Kind baut emotionale Beziehung auf. 1. Schritt: Das Kind schreit, sobald sich die Eltern entfernen. 2. Schritt: Lernt über die zweite Eingliederungsphase (siehe weiter unten), zeitweilige Trennungen von den Eltern zu ertragen
III. Kind reagiert autoaggressiv und mit Verhaltensstereotypen wie z.B. Kopfschlagen	- Eltern wenden sich dem Kind sofort positiv zu	=→Diese Verhaltensweisen werden vom Kind nicht mehr gezeigt

18.2. Verhaltensweisen in der zweiten Eingliederungsphase

2. Phase: Absolute Bedürfnisbefriedigung:

18.2.1. Adäquate Verhaltensweisen der Mütter (Eltern)

Tabelle IX: Adäquate Mutter-Kind-Beziehung in der zweiten Eingliederungsphase

EINSCHLAFSCHWIERIGKEITEN

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (der Eltern)	Veränderung auf seiten des Kindes
- Das Kind weint, wenn es ins Bett gelegt wird	Ein Elternteil legte sich mit dem Kind ins Bett und streichelte das Kind	Das Kind schlief nach einiger Zeit ein.

		=→nach einigen Monaten brauchten sich die Eltern nur mehr zu dem Kind ans Bett zu setzen, diese Zeiten nahmen immer mehr ab.
- Das Kind schrie, sobald es ins Bett gelegt wurde und war kaum zu beruhigen	Kind konnte nur mit direktem Hautkontakt schlafen, die Mutter legte das Kind auf den nackten Oberkörper und umfaßte das Kind mit beiden Armen	Kind beruhigte sich, schlief aber sehr unruhig. =→ Das Kind schläft, bis auf Ausnahmesituation ruhig ein.
- Kind schrie, Tranceanfälle	Ein Elternteil trug das Kind auf dem Rücken bis es eingeschlafen war und legte es dann hin	in diesem Augenblick wachte das Kind sofort auf
	Die Eltern bauten dann aus den Kissen die Form des Rückens nach und legten das Kind, wenn es eingeschlafen war, auf diese	Das Kind schlief weiter =→ Das Kind schläft bis auf Ausnahmesituationen ruhig ein.
- Ältere Kinder: Kind schrie, sobald es das Bett sah und weigerte sich ins Bett zu gehen	Eltern ließen das Kind dort in der Wohnung einschlafen, wo es das Kind wollte und ließen das Kind auch dort über Nacht liegen	=→ Die Schlafstörungen waren nach einer sehr kurzen Zeit (1 Woche) behoben. Das Kind schläft sehr gut.

- Kind schrie beim Einschlafen	Eltern nahmen Matratze mit ins Wohnzimmer, legten sich zu dem Kind und ließen das Licht an	Das Kind beruhigt sich nach einiger Zeit und schlief ein.

NÄCHTLICHES AUFWACHEN

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (Eltern)	Veränderung auf seiten des Kindes
Das Kind wachte 5-6 mal pro Nacht auf	Eltern gingen immer zu dem Kind, streichelten und beruhigten das Kind, bis es wieder eingeschlafen war	=→ hat sich vollkommen gelegt
Kind wachte 20-30 mal pro Nacht auf	Eltern stellten Kinderbett vor ihr eigenes und streichelten das Kind, sobald es aufwachte	=→Die nächtlichen Aufwachhäufigkeiten ließen über die Wochen nach und das Kind schläft heute ruhig in seinem eigenen Zimmer
Das Kind wacht auch heute noch nach der Tiefschlafphase auf	Eltern machten dem Kind das Angebot, nachts nicht nach ihnen zu rufen, sondern selbständig in das Bett der Eltern zu kommen	=→ Kind nimmt dieses Angebot an; dieses Verhalten tritt bei manchen Kindern ständig auf, bei manchen Kindern nur nach besonderen Ereignissen am Tage

ESSBEDÜRFNIS DER KINDER

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (Eltern)	Veränderung auf seiten des Kindes
stark ausgeprägtes Eßbedürfnis	ständiges Eßangebot, welches für das Kind jederzeit erreichbar ist. Hier kann das Eßangebot nach dem Gesichtspunkt von Vitaminen etc. beeinflußt werden.	⇒ Die Kinder essen in der Anfangszeit fast ständig. In dieser Phase nehmen sie auch zu. Die Kinder regulieren nach dieser absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase die normalen Mahlzeiten selbständig. Die Gewichtszunahme reguliert sich dann auch. Im weiteren Verlauf sind die Kinder sogar fähig, Süßigkeiten selbst oder mit Hilfe der Eltern zu regulieren.
Wutanfälle, wenn das geforderte Essen nicht gegeben wird (z.B. Halbgargekochtes)	Das geforderte Essen, auch wenn es für das Bezugssystem der Eltern ungenießbar ist, dem Kind geben	
Essensabfälle werden wieder aus dem Mülleimer herausgeholt	Essensabfälle nie vor den Augen des Kindes wegwerfen, sondern so auf dem Tisch liegen lassen, daß das Kind sie nicht sieht	
Eßgeschirr darf von den Eltern auch für die weitere Essensgabe nicht weggenommen werden, da das Kind sonst Wut- bis Tranceanfälle bekommt	Essensgeschirr immer beim Nachreichen stehen lassen, Essensgeschirr erst wegräumen, wenn das Kind vom Tisch aufgestanden ist	

ÄNGSTE

Kind zeigt Angst vor Flugzeugen, schreit und läuft zur Mutter	Mutter nimmt das Kind auf den Arm, tröstet das Kind und erklärt z.B., daß das Flugzeug hier nicht landen kann	⇒ Die Ängste sind bei den Kindern vollständig abgebaut. Die Flugzeugangst besteht allerdings bei einigen Kindern noch in abgeschwächter Form.
Kind zeigt Angst und schreit beim Busfahren	Mutter vermeidet daraufhin die Situation und teilt das angestrebte Ziel in kleine Schritte auf (siehe Fall 14)	
Kind zeigt Angst vor Fliegen	Eltern beseitigen die Fliegen immer, jedoch erst, wenn das Kind sie entdeckt hatte	

TRENNUNGSANGST

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (Eltern)	Veränderungen auf seiten des Kindes
Nach der ersten Eingewöhnungszeit zeigen die Kinder ausgeprägte Ängste, wenn die Mutter aus dem Zimmer geht. Sie fangen an zu schreien	Die Mutter (Eltern) nahmen das Kind überall in der Wohnung mit bzw. stellten einen Laufstall so in der Wohnung auf, daß das Kind sie immer sehen konnte	Durch diese Verhaltensweisen der Eltern erhält das Kind das Gefühl der Sicherheit. Das macht sich im Verhalten der Kinder bemerkbar, da die Kinder sich nach dieser Phase völlig frei und selbständig in diesen Situationen verhalten können.
Kind schrie, sobald sich die Eltern mehr als einen Meter außerhalb der Wohnung von ihm entfernten	Einer der Elternteile blieb immer an der Seite des Kindes	
Kind schrie sich in Trance, wenn es mit den Eltern auf die Straße ging	Ein Elternteil trug das Kind auf dem Arm. Die Eltern bauten das kindliche Verhalten schrittweise ab (siehe Fall 19)	

BABYSPIELEN

Kind möchte Babyflasche bekommen das Kind möchte getragen werden, mit der Begründung, es sei ein Baby das Kind möchte geschaukelt werden wie ein Baby das Kind möchte wie ein Baby getragen werden	Die Mütter (Eltern) gingen auf all diese Wünsche ein	Das emotionale Verhältnis zwischen Eltern und Kind wird gefördert. Das Kind bekommt somit die Möglichkeit das Babystadium "nachzulernen". Diese Verhaltensweisen treten ganz nach Alter des Kindes, nach einigen Wochen oder Monaten nicht mehr auf bzw. ganz selten.

NUCKELBEDÜRFNIS

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (Eltern)	Veränderungen auf seiten des Kindes
Stark ausgeprägtes Bedürfnis der Kinder, an einem Teil der Eltern, wie z.B. Kragenecken, Haare, zu lutschen.	völlige Gewährung dieses Verhaltens	=→kindliches Nuckelverhalten läßt nach, das Kind hat gelernt andere Kommunikationsmittel anzuwenden.

18.2.2. Unadäquate Verhaltensweisen der Mütter (Eltern)

Tabelle X: Unadäquate Mutter-Kind-Beziehungen in der zweiten Eingliederungsphase

EINSCHLAFSCHWIERIGKEITEN

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (Eltern)	Veränderung auf seiten des Kindes
Kind weigert sich ins Bett zu gehen, wird unruhig, fängt an zu weinen oder schreien.	Eltern zwingen das Kind ins Bett zu gehen. Lassen es schreien und kümmern sich nicht um das Kind. Eltern wenden gemischt Zuwendung und Bestrafung an.	=→Bei diesen Verhaltensweisen schreien sich die Kinder häufig in Trance. Diese Kinder zeigen ausgeprägte Ängste und/oder Phobien und haben das Empfinden, nicht genügend in der Familie geliebt zu werden.

TRENNUNGSANGST

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (Eltern)	Veränderung auf seiten des Kindes
Das Kind schreit, sobald sich ein Elternteil außerhalb des Hauses mehr als einen Meter von dem Kind entfernt.	Das jeweilige Elternteil ließ das Kind stehen und schreien	Das Kind schrie sich daraufhin in Trance und es ist im weiteren Entwicklungsverlauf eine stark ausgeprägte Ängstlichkeit der Kinder zu verzeichnen.

ESSBEDÜRFNIS

Stark ausgeprägtes Eßbedürfnis (Verhaltensweisen siehe oben)	Mütter (Eltern) geben nur zu den Mahlzeiten bestimmte Mengen, da sie Angst haben, daß entweder - der Magen-Darmtrakt das nicht vertragen könnte - oder die Kinder unästhetisch aussehen könnten - oder sie das Verhalten des Kindes als tierisch-gierig und unmenschlich empfinden.	Diese Verhaltensweisen der Mütter scheinen emotionale Schwierigkeiten bei den Kindern hervorzurufen. Die Kinder fühlen sich in der Familie nicht genügend akzeptiert und geliebt.

18.3. Verhaltensweisen der dritten Eingliederungsphase

3. Phase: fading out der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase:

18.3.1. Adäquate Verhaltensweisen der Mütter

Tabelle XI: Adäquate Mutter-Kind-Beziehung in der dritten Eingliederungsphase

WILLENSVERWEIGERUNG

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (der Eltern)	Veränderungen auf seiten des Kindes
Das Kind schreit, weil es z.B. keinen weiteren Bonbon bekommt oder sich die Mutter mit jemand anderem beschäftigt	- Mutter beachtet Kind nicht, nachdem sie erklärt hat, warum sie den Wunsch verweigert - wenn das Kind dies nicht akzeptiert; time out mit Alternativangebot, wenn du dich beruhigt hast, kannst du wieder kommen	⇒ Bei konsequenter Handhabung akzeptiert das Kind die Erklärung und Einschränkung. Wenn nicht, kommt es nach dem time out völlig zufrieden wieder zurück. Das unadäquate Verhalten wird dadurch gelöscht.
Kind reagiert auf Wunschverweigerung mit autoaggressiven Verhaltensweisen	Mutter wendet sich dem Kind zärtlich zu und verbalisiert die Gefühle des Kindes, läßt aber das Verbot bestehen.	⇒ Die Autoaggressivität des Kindes hat stark nachgelassen oder ist gar nicht mehr zu verzeichnen.

GESCHWISTERRIVALITÄT

	Mutter beschäftigt sich mit einem anderen Geschwister Mutter reagiert mit time out	Kind schlägt und beißt Geschwister Kind akzeptiert Beschäftigung mit Geschwistern

18.3.2. Unadäquate Verhaltensweisen der Mütter

Tabelle XII: Unadäquate Mutter-Kind-Beziehung in der dritten Eingliederungsphase

WILLENSVERWEIGERUNG

Verhaltensschwierigkeiten des Kindes	Verhalten der Mutter (der Eltern)	Veränderungen auf seiten des Kindes
Das Kind reagiert aggressiv auf die Wunschverweigerung	akzeptiert dies Verhalten und wendet sich dem Kind zu und hebt das Verbot auf	Kind behält das Verhalten bei, da es durch die Zuwendung und die Verbotsaufhebung verstärkt wird.

GESCHWISTERRIVALITÄT

Kind reagiert aggressiv auf die Geschwister, wenn sich die Mutter diesen positiv zuwendet.	Die Mutter wendet sich dem Kind zu und von dem Geschwister ab.	Das Kind behält das Verhalten bei, da dieses durch die Zuwendung verstärkt wird.

Die oben angeführten Verhaltensweisen der Mütter und ihre positive bzw. negative Auswirkung auf das Kind stellen natürlich nur eine Auswahl nach dem Kriterium der Auftretenshäufigkeit über alle Fälle dar. Für weitere Informationen kann hier nur auf die einzelnen Fallbeschreibungen verwiesen werden.

Wesentlich scheint es aber zu sein, noch einmal auf den schrittweisen Abbau von Verhaltensschwierigkeiten und Ängsten einzugehen, da verständlicherweise dies ein großes Problem für Eltern und Kinder während der

zweiten Eingliederungsphase darstellt. Dieser schrittweise Abbau von Verhaltensschwierigkeiten soll hier am Beispiel des Einschlafproblems aufgezeigt werden, da dies ein durchgängiges Problem bei allen Adoptivkindern zu sein scheint und wohl auch die größte Anforderung an die Eltern darstellt.

Beispiel: Das Kind schrie, sobald es ins Bett gelegt wurde. Die Mutter legte sich mit dem Kind zusammen in das Bett bis das Kind fest eingeschlafen war. Nachts wachte das Kind häufig auf. Die Mutter nahm das Kind dann auf den Arm, trug es durch die Wohnung und versuchte, das Kind durch Singen und Zeigen von Gegenständen zu beruhigen. Das Kind war jedoch häufig so beunruhigt, daß es sich in Tranceanfälle hineinschrie und nach diesen so erschöpft war, daß es sich danach ins Bett legen ließ und erschöpft einschlief.
Die Mutter behielt ihr Verhalten bei, obwohl für sie kein direkter Erfolg zu sehen war und nach einigen Wochen legten sich diese Tranceanfälle. (Diese Zeitangabe ist variabel. Insgesamt konnte bei den vorliegenden Fällen festgestellt werden, daß sich die Schlafstörungen umso schneller legten, je älter die Kinder waren.)

1. Schritt: Die Mutter legte das Kind in ein Gitterbett vor ihr eigenes Bett. Die Mutter ging weiterhin mit dem Kind zusammen schlafen und sobald das Kind nachts aufwachte und weinte oder schrie, streichelte sie das Kind, bis es sich wieder beruhigt hatte und weiterschlief.

2. Schritt: Die Mutter stellte ein großes Bett im Kinderzimmer auf und legte sich abends zu dem Kind, bis es eingeschlafen war. Dann stand sie jedoch auf, damit sich das Kind daran gewöhnen sollte, morgens allein aufzuwachen. Wenn das Kind nachts schrie, stand sie auf und tröstete es, bis es wieder eingeschlafen war.

3. Schritt: Nachdem sich die Schlafstörungen soweit abgebaut hatten, legte sich nicht mehr die Mutter abends zu dem Kind, sondern eines der anderen Familienmitglieder. Das Kind akzeptiert dieses als Ersatz-einschlafpartner.

4. Schritt: Die Mutter legte das Kind abends in seinem Zimmer ins Gitterbett und demonstrierte dem Kind, daß sie nicht mit darin schlafen könnte. Sie blieb jedoch so lange bei ihm sitzen und streichelte es, bis es einge-schlafen war.

5. Schritt: Das Licht wurde im Flur angelassen und die Mutter setzte sich nicht mehr an das Bett des Kindes, bis es eingeschlafen war.

Zwischen diesen einzelnen Schritten können mehrere Wochen liegen. Es ist wichtig, erst dann einen weiteren Schritt einzuführen, wenn das Kind dabei keine Angst zeigt. Tritt jedoch Angst beim Kind auf, muß dieser Schritt erst einmal wieder zurückgenommen werden. Die Eltern können dann nach einiger Zeit versuchen, diesen Schritt wieder einzuführen. Sehr wesentlich bei dem angeführten Beispiel war, daß die Familie den manchmal auftretenden Wunsch des Kindes, daß sich ein Familien-

mitglied beim Einschlafen zu ihm ins Bett legen solle, erfüllt.

Ehe die Untersuchungsfragen im einzelnen beantwortet werden sollen, ist es noch wesentlich, auf einige Gesichtspunkte bei der Eingliederung des Kindes hinzuweisen, die sich nicht in der oben angeführten Form darstellen lassen.

Das Problem der Zärtlichkeit

Das Kind hat in seiner Heimerfahrung nie Zärtlichkeit gelernt und ist in der Anfangszeit häufig abweisend gegenüber Zärtlichkeiten. Hinzu kommt, daß die Eltern für das Kind Fremde sind und die Eltern dem Kind eine emotionale Beziehungsentwicklungszeit zubilligen müssen (vgl. METZGER, 1971). Es ist also wichtig, das Kind nicht mit zärtlichen Handlungen zu überfordern oder diese dem Kinde aufzuzwingen, sondern abzuwarten, bis das Kind von sich selbst aus beginnt, Zärtlichkeiten zu zeigen, von den Eltern zu fordern und zu akzeptieren.

Für manche Eltern scheint es schwierig nachvollziehbar zu sein, daß das Kind nie stabile Beziehungen erfahren hat und von daher auch Zärtlichkeiten zu Anfang ablehnen könne. Sie versuchen dann, dem Kinde die Zärtlichkeiten aufzuzwingen und bewirken mit ihrem Verhalten gerade jenes Verhalten des Kindes, welches sie abbauen möchten.

Das Problem der verbalen Rückversicherung

Es scheint wichtig zu sein, den Kindern nicht nur auf der Verhaltensebene die Dauerhaftigkeit der Beziehung darzustellen, sondern ihnen auch verbal zu versichern, daß sie nie wieder aus der Familie herausgerissen werden. Dieses Ansprechen der offensichtlich vorhandenen Ängste

der Kinder können erstaunliche Folgen haben, wie sich in dem einen Fall zeigte. Das Kind traute sich anscheinend nicht einzuschlafen, da es dann wohl eine Trennung von den Eltern befürchtete. Nachdem die Mutter an einem Abend dem Kinde sagte, daß es doch ruhig einschlafen könne, denn es bliebe doch jetzt immer in der Familie, schlief das Kind sofort ein und auch die Einschlafschwierigkeiten nahmen erheblich ab.

Anhand der oben aufgestellten Tabelle läßt sich auch die folgende Untersuchungsfrage

3. Lassen sich Reaktionsschemata der Mütter herauskristallisieren, die noch bestehende Verhaltensstörungen erklären?

beantworten.

Es lassen sich zwei Gruppen von Müttern hinsichtlich der Reaktionsschemata, die noch bestehende Verhaltensschwierigkeiten aufrechterhalten, herauskristallisieren, und zwar zum einen die Gruppe der Mütter, die dem Kind keine absolute Bedürfnisbefriedigungsphase gewährt haben und zum anderen die Gruppe der Mütter, die Schwierigkeiten hinsichtlich des fading-out der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase haben. Es ist festzustellen, daß die Nichtgewährung einer absoluten Bedürfnisbefriedigung ausgeprägte emotionale Schwierigkeiten bei den Kindern hervorrufen oder bestehen lassen und sich auf der Verhaltensebene in Ängsten manifestieren. Dieses stark einschränkende und bestrafende Verhalten der Mutter - welches schon in der zweiten Eingliederungsphase gezeigt wird - scheint aufgrund der Einstellungen der Mütter hervorgerufen zu werden. Die Mütter dieser Gruppe haben ein stark ausgeprägtes normatives Bezugssystem hin-

sichtlich erwünschter und unerwünschter Verhaltensweisen des Kindes und sind nicht fähig, in der Einlebungsphase des Kindes dieses Bezugssystem zu überwinden und relativ unabhängig von diesem nur die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen und auf diese befriedigend für das Kind einzugehen.

Es scheint, daß die Mütter aufgrund dieses Bezugssystems auch nicht die Möglichkeit haben, bei der Untersuchung mitzuarbeiten, da diese Mitarbeit eine Reflektion und Infragestellung des eigenen Bezugssystems und der eigenen Verhaltensweisen erfordert hätte.

Aufgrund dieser fehlenden Mitarbeit lassen sich auch keine Aussagen darüber machen, inwieweit die weitergehende emotionale Schädigung des Kindes in der Familie aufhebbar oder veränderbar ist. Es läßt sich jedoch vermuten, daß es wesentlich schwieriger ist, eine emotional negative Erfahrung des Kindes in der Familie zu einer positiven umzuwandeln, da hier Einstellungsveränderungen auf seiten der Mütter vorgenommen werden müßten.

Bei der zweiten Veränderungsgruppe zeigen die Mütter Unsicherheiten hinsichtlich der Einstellung oder des Verhaltens dem Kinde gegenüber, die sich jedoch nicht in der zweiten, sondern erst in der dritten Eingliederungsphase niederschlagen. Bei dieser Gruppe stellten die Mütter das Interesse des Kindes in den Mittelpunkt und waren daher auch zur Mitarbeit bereit.

18.4. Theoretische und praktische Möglichkeiten der Verhaltensveränderungen

Im weiteren kann nun auch die Frage

4. Welche theoretischen und praktischen Möglichkeiten lassen sich entwickeln, um diese noch bestehenden Verhaltensstörungen umzuwandeln oder aufzuheben?

beantwortet werden.

Es wurde in der vorliegenden Arbeit das Regelmodell von INNERHOFER (1974) verwandt, was neben dem üblichen S-R-K-Modell versucht, die kognitiven Strukturvariablen mit einzubeziehen. Anhand dieses Modells wurde neben dem Angehen einzelner Verhaltensweisen auch die Reflektion von zum Beispiel Befürchtungen und Werthaltungen angegangen. Diese Reflektion auf gesprächstherapeutischer Basis erwies sich als eine sehr sinnvolle Ergänzung zu der lerntheoretischen Vorgehensweise, da somit auch Ängste bei den Müttern, die bestimmte Verhaltensweisen bedingten, mit angegangen werden konnten. Es läßt sich insgesamt feststellen, daß sich das Regelmodell in der Praxis gut bewährt hat.

Bei den praktischen Möglichkeiten, die sich aufgrund dieses theoretischen Modells ergeben, wird hier wiederum auf die tabellarische Zusammenstellung verwiesen.

18.5. Beantwortung der Irreversibilitätsproblematik

Anhand der Veränderungen der Deprivationssyndromverhaltensweisen und deren Bedingungen in der Familie läßt sich auch die folgende Untersuchungsfrage abklären:

5. Welche Rückschlüsse ermöglichen die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der bisherigen Meinung der Irreversibilität des Deprivationssyndroms?

Die Untersuchungen haben gezeigt, daß situationsadäquate Verhaltensweisen der Mütter (Eltern) die Deprivationssyndromverhaltensweisen der Kinder abbauen oder umwandeln können. Wesentlich ist, daß die Eltern die Fähigkeit haben, die Bedürfnisse der Kinder wahrzunehmen, zu akzeptieren und dann adäquate Verhaltensweisen für sich selbst zu entwickeln. Anhand dieser elterlichen Erfahrung läßt sich herauskristallisieren, daß die Kinder folgende Phasen, die die Eltern jeweils durch differenzierte Verhaltensweisen initiieren, durchlaufen müssen.

1. Phase: Weckung von Bedürfnissen auf seiten des Kindes

2. Phase: Absolute Bedürfnisbefriedigung

3. Phase: fading-out der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase.

Nur anhand der Erfahrung dieser drei Phasen in der Familie (die erste Phase kann bei älteren Kindern nicht eintreten) ist es dem Kind möglich, seine negative Vorerfahrung zu verarbeiten und sich zu einer gesellschaftlich integrierten Persönlichkeit zu entwickeln. Bei diesen Phasen besitzt die zweite Phase eine besondere Bedeutung für die Entwicklung des Kindes. Beim Eintritt in die Familie hat das Kind ein Maximum an Frustration hinsichtlich der eigenen Bedürfnisbefriedigung durch sein Vorleben erfahren. Werden dem Kind bei Eintritt in die Familie seine Bedürfnisse wiederum nur mit starken Einschränkungen

befriedigt, setzt sich die Frustration für das Kind in der Qualität - auch wenn nicht in der Quantität - fort. Dies hat zur Folge, daß das Kind weiterhin emotionale Verhaltensstörungen im sozialen Kontakt zeigt. Wird dem Kind im Gegensatz dazu jedoch eine absolute Bedürfnisbefriedigung von seiten der Eltern gewährt, erfährt das Kind einen Gegensatz zu seiner Vorerfahrung und kann sich aufgrund dieses Widerspruchs zu einer gesellschaftlich voll integrierten Persönlichkeit entwickeln.

Anhand dieser beobachteten Veränderungen hinsichtlich des Deprivationssyndroms kann die Frage der Irreversibilität des Schadens nur dahingehend beantwortet werden, daß es sich nicht um eine statische Verhaltenseigenschaft der Kinder handelt, die sich nicht verändern läßt, sondern daß der Schaden nur dann irreversibel erscheint, wenn die Eltern nicht die Fähigkeit haben, in adäquater Weise auf die Verhaltensschwierigkeiten des Kindes einzugehen. Dies machen auch die Veränderungsfälle deutlich, bei denen zu verzeichnen ist, daß die Deprivationsschäden durch das innerfamiliäre Verhalten weiter aufrechterhalten werden.

Bei den geforderten adäquaten Verhaltensweisen liegt die Problematik sowohl für die Eltern als auch für die Forscher darin, daß sich beide erst einmal über die normativen gesellschaftlichen Beziehungsprinzipien und Anweisungen hinwegsetzen müssen. Daß dies häufig nicht gelingt, zeigt sich an den bisherigen Untersuchungen hinsichtlich der Irreversibilität des Deprivationssyndroms, bei denen das kindliche Verhalten an diesem normativen Bezugssystemen überprüft wurde und nie die Frage gestellt wurde, ob sich die kindlichen Verhaltensstörungen überhaupt unter dem gegebenen Erziehungsverhalten verändern können. Auch wurde nie

gefragt, welche Bedingungsveränderungen eingeführt werden könnten, um das kindliche Verhalten positiv zu verändern. Es scheint, daß auch hier in der Forschung die individualistisch-spiritualistische Einstellung hinsichtlich der Mutterfigur auf die Adoptivmutter übertragen wird. Man könnte dies überspitzt so darstellen, daß die Meinung vorhanden ist, daß durch die Einführung der in der bisherigen Hospitalismusforschung als Hauptvariable definierten Mutter sich auch die Schwierigkeiten beheben müssen. Tritt dies nicht ein, muß der Schaden als irreversibel angesehen werden. Hier schlägt sich die bisherige Theorienlosigkeit hinsichtlich eines so komplexen Interaktionssystems wie der Mutter-Kind-Beziehung in einer undialektischen Betrachtungsweise nieder. Es wird vollständig außer acht gelassen, daß es sich bei der Mutter-Kind-Interaktion um einen wechselseitigen Lernprozeß handelt, der bei vielen Adoptivkindern durch das Deprivationssyndrom mit bestimmt wird und sich diese Verhaltensschwierigkeiten nur dann positiv verändern können, wenn diese Probleme in der Beziehung befriedigend gelöst werden.

Es bleibt natürlich die Frage bestehen, inwieweit durch die therapeutischen Anweisungen, die die Mütter erhielten, nur das Symptom - zum Beispiel Wutanfälle bei Versagungen - aufgehoben wurde, jedoch - um bei diesem Beispiel zu bleiben - eine geringe Frustrationstoleranz als "Charaktereigenschaft" bestehen bleibt. Um diese Frage abklären zu können, muß noch einmal näher auf das Verhalten und die Einstellungen der Mütter (Eltern) eingegangen werden. Es war zu beobachten, daß extreme Einstellungen der Mutter - sei es, daß sie das Kind noch immer als armes Heimkind empfindet, dem man alles nachsehen muß oder daß sie den Anspruch an das Kind hat, daß es froh und zufrieden sein muß,

daß es nun in einer Familie lebt - immer einen stabilisierenden oder verstärkenden Einfluß auf das symptomatische Verhalten haben. So ausgeprägte Einstellungen werden anscheinend auch immer in beobachtbare Verhaltensweisen umgesetzt.

Im Gegensatz zu diesen sich negativ auswirkenden Einstellungen war auch zu beobachten, daß Mütter, die sich von normativen Bezugssystemen relativ gut befreien konnten und fähig waren, auf die jeweiligen Bedürfnisse des Kindes einzugehen, eine positive Veränderung hinsichtlich des Sozialverhaltens des Kindes bewirkten. Dabei soll unter Bedürfnisbefriedigung jedoch nicht eine absolute Bedürfnisbefriedigung ohne Einschränkungen verstanden werden, da das Kind von seiner Geburt an in einer sozialen Umwelt lebt und durch den sozialen Kontakt sich auch gesellschaftliche Bedürfnisse bei dem Kind entwickeln, die wiederum nur für das Kind befriedigt werden können, wenn es gelernt hat, Einschränkungen zugunsten eines Gruppeninteresses zu akzeptieren oder zu tolerieren.

Die Frage, inwieweit durch Verhaltens- und Einstellungsveränderungen der Mütter (Eltern) die Deprivationsschäden der Kinder nur hinsichtlich ihrer Symptomatik behandelt werden, kann dahingehend beantwortet werden, daß bei adäquaten Verhaltensweisen und Einstellungen der Mütter (Eltern) anscheinend nicht nur das Symptom behoben wird, sondern eine Aufarbeitung und Verarbeitung der Problematik vorliegt.

Hierfür sprechen zum einen die Ergebnisse der Veränderungsfälle, bei denen zu beobachten war, daß die Kinder in einer relativ kurzen Zeitspanne von zwei Monaten sehr positive Veränderungen ihres Verhaltens - besonders auch im sozialen Kontaktbereich - auf-

wiesen. Gerade dieser Bereich wird jedoch in der gängigen Hospitalismusforschung als besonderes Merkmal der Irreversibilität des Deprivationssyndroms angesehen.

Ein berechtigter Einwand wäre an dieser Stelle, daß man bei Veränderungen des Verhaltens in einem so kurzen Zeitraum keine Aussage darüber machen kann, inwieweit diese positive Veränderung stabil ist und inwieweit es sich hier nur um Symptomverschiebungen handelt. Hier kann allerdings anhand der Nichtveränderungsfälle, die sich aus denjenigen Kindern, die in einem - nach den obigen Kriterien definierten - positiven Verhaltens- und Einstellungsklima leben, zusammensetzen, festgestellt werden, daß diese Kinder in ihrem Sozialverhalten völlig integriert sind und sich auch ihre Frustrationstoleranz (wohl eines der schwierigsten Probleme, diese zu erhöhen) stabilisiert hat.

Betrachtet man die relativ kurze (forschungsmäßig gesehen allerdings Langzeituntersuchung!) begleitende Untersuchung und die "Langzeitergebnisse" der Elternerfahrungen, so läßt sich feststellen,

- daß die Aufhebung oder Veränderung des Deprivationssyndroms vom Verhalten und den Einstellungen der Mütter (Eltern) abhängig ist;

- daß keine Irreversibilität des Deprivationssyndroms zu beobachten war, sondern bestehende Deprivationssyndromverhaltensweisen durch das mütterliche (elterliche) Verhalten aufrechterhalten wird;

- daß durch Veränderungen des mütterlichen Verhaltens das kindliche Verhalten so weitgehend positiv verändert werden kann, daß keinerlei Hinweise dafür

vorliegen, daß es sich hierbei nur um eine Symptomverschiebung handelt;

- daß die bisherige Hospitalismusforschung den Fehler begangen hat, primär das kindliche Verhalten isoliert aus seinem sozialen Kontext, undialektisch und nicht eingehend auf die Wechselbeziehung zwischen problematisch kindlichem und mütterlichem Verhalten zu betrachten. Hier sind die Probleme, die sich aus den ausgeprägten normativen mütterlichen Einstellungen hinsichtlich des kindlichen Verhaltens und deren Auswirkungen besonders zu beachten;

- daß es wesentlich ist, nach einer absoluten Deprivationsphase dem Kind eine absolute Bedürfnisbefriedigungsphase zu ermöglichen, da das Kind sich offensichtlich nur aufgrund dieses Widerspruches zu einer gesellschaftlich voll integrierten Persönlichkeit entwickeln kann (Gesetz der Negation der Negationen).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß bei der vorliegenden Untersuchung keinerlei Beobachtungen dahingehend gemacht werden konnten, daß es sich bei einem Deprivationssyndrom um ein irreversibles Erscheinungsbild handelt, noch daß durch positive Veränderungen des mütterlichen (elterlichen) Verhaltens nur eine Symptomverschiebung vollzogen wurde.

Endgültig könnte diese Frage allerdings erst beantwortet und abgesichert werden, wenn eine jahrelange begleitende Untersuchung an den hier untersuchten Kindern stattfinden würde.

Weiterhin läßt sich feststellen, daß anhand des in der vorliegenden Arbeit transformierten Modells der

individuellen Aneignung die Entwicklung des Deprivationssyndroms hinsichtlich aller auftretenden Verhaltensstörungen eine befriedigende Erklärung bietet und somit hoffentlich auch die bisherige unbefriedigende Erklärung des Deprivationssyndroms auf der theoretischen Basis überwunden ist.

19. ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

In den letzten Jahren wurden in stärkerem Ausmaß ausländische Kinder über die Organisation Terre des Hommes in deutsche Adoptivfamilien vermittelt. Sowohl bei den Eltern als auch bei der Organisation entwickelte sich das Bedürfnis, die auftretenden Schwierigkeiten gemeinsam und systematisch anzugehen. Dabei sollte die Untersuchung nicht nur ein theoretisches oder kontemplatives Ziel verfolgen, sondern auch konkret Eingliederungshilfen entwickeln.

Ein weiterer Gesichtspunkt, sich mit dem Thema zu beschäftigen, war die neu entflammte Diskussion über die Neugliederung des Adoptionsgesetzes als auch über das Modell der Tagesmütter (siehe unter 1.2.).

Da es das Ziel der Arbeit war, aktiv problemlösend die Schwierigkeiten, die für die Eltern bei der Eingliederung der ausländischen Adoptivkinder in die Familie entstanden, anzugehen, entfielen die etablierten Methoden der Sozialwissenschaften un es wurde als methodischer Ansatzpunkt für die vorliegende Arbeit die Aktionsforschung gewählt (siehe unter 3.).

Für den weiteren Untersuchungsverlauf wurde ein Explorationsfragebogen entwickelt (siehe 5. - 5.5.), der die Ableitung der Fragestellungen, die im Interesse der Adoptiveltern stehen sollten, ermöglichte.

Folgende Fragestellungen wurden abgeleitet:

- Welche Reaktionsschemata entwickeln die Mütter (Eltern), um auf die Verhaltensschwierigkeiten der Kinder einzugehen?

- Welche Veränderungen bewirken diese Reaktionsschemata hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten?

- Lassen sich Verhaltensschemata der Mütter (Eltern) herauskristallisieren, die noch bestehende Verhaltensschwierigkeiten erklären?

- Welche theoretischen und praktischen Möglichkeiten lassen sich entwickeln, um diese noch bestehenden Verhaltensauffälligkeiten umzuwandeln oder aufzuheben?

- Welche Rückschlüsse ermöglichen die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der bisherigen wissenschaftlichen Meinung der Irreversibilität des Deprivationssyndroms?

Für die weitere Auseinandersetzung mit der Problematik war es notwendig, sich kritisch mit der bisherigen Hospitalismusforschung auseinanderzusetzen und als zentrales theoretisches Problem die Irreversibilität des Deprivationssyndroms in den Mittelpunkt der Arbeit zu stellen (siehe unter 9. - 9.4.2.).

Anhand der theoretischen Aufarbeitung ergab sich die Notwendigkeit, die bisherige Theorienlosigkeit hinsichtlich eines komplexen Erklärungsmodells der Entwicklung und Aufhebung des Deprivationssyndroms aufzuheben.

Das Modell der individuellen Aneignung wurde auf die Entwicklung des Deprivationssyndroms transformiert und ermöglicht eine befriedigende theoretische Erklärung des Deprivationssyndroms (siehe unter 10. - 10.2. 11.).

Für die weitere Untersuchung wurde ein Hospitalismusfragebogen entwickelt (siehe unter 12. - 12.4.7.2.), um für die Hauptuntersuchung eine Stichprobe nach dem Kriterium "hoher Ausprägungsgrad der Symptomatik" auswählen zu können. Dieses Kriterium schien sowohl deshalb sinnvoll, da es das Ziel der Arbeit war, den Eltern konkrete Hilfen anbieten zu können, als auch nur anhand dieses Kriteriums die Problematik der Irreversibilität befriedigend beantwortet werden zu können schien.

Da konkrete Hilfen für die Eltern erarbeitet werden sollten, war eine sinnvolle Auswahl aus den therapeutischen Möglichkeiten notwendig. Es wurde die Verhaltenstherapie gewählt. Ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Auswahl war, daß die Mutter die Therapeutenrolle übernehmen konnte und bei einer exakten Einführung vielleicht auch für zukünftige Probleme befähigt sein könnte, diese selbständig in adäquater Verhaltensweise anzugehen (siehe unter 13. - 14.1.3.).

Die Untersuchung wurde in drei Phasen durchgeführt. In der ersten Phase wurde der Ausprägungsgrad der Deprivation bei der Ankunft, die Reaktion der Mutter (Eltern) darauf und die daraus resultierenden Veränderungen sowie die heutige Mutter-Kind-Interaktion hinsichtlich des Problemverhaltens anhand eines Interviews, Filmaufnahmen und Verhaltensprotokollen ermittelt.

In der zweiten Phase wurde einer Elterngruppe rückgemeldet, aufgrund welcher lerntheoretischer Grundlagen sich das problematische Verhalten der Kinder positiv verändert hat (siehe unter 16.2. - 16.2.13.) und einer anderen, aus welchen lerntheoretischen Gründen das Verhalten weiter aufrechterhalten wird. Diese letzte Elterngruppe erhielt Verhaltensveränderungsvorschläge.

Die dritte Phase diente der Kontrolle der positiven kindlichen Verhaltensveränderungen (siehe 16.3. - 16.3.7.2.).

Die Auswertung der Daten ergab, daß die Eingliederung der Kinder, wenn sie positiv verlaufen soll, in folgenden drei - sich aufeinander entwickelnden - Phasen verläuft:

1. Phase: Weckung von Bedürfnissen auf seiten des Kindes

2. Phase: Absolute Bedürfnisbefriedigung

3. Phase: fading-out der absoluten Bedürfnisbefriedigungsphase
(siehe auch 16.2.14.)

Noch bestehende Schwierigkeiten ergaben sich aus Fehlverhaltensweisen der Mütter in der zweiten und dritten Phase (siehe unter 16.3.8.). Hier konnten auch bestimmte Einstellungskomponenten der Mütter zu den Kindern herauskristallisiert werden.

Hinsichtlich der Aufarbeitung der Irreversibilitätsproblematik konnte nachgewiesen werden, daß keine Hinweise dafür aufgezeigt werden konnten, daß Deprivationsschäden irreversibel sind.

Auf dem theoretischen Hintergrund des Modells der individuellen Aneignung konnte vielmehr nachgewiesen werden, daß durch adäquate Verhaltensweisen der Mütter (Eltern) die problematischen Verhaltensweisen aufgehoben werden (siehe unter 18.5.).

Um die Ergebnisse auch für andere Adoptiveltern leicht zugänglich zu machen, wurde eine Aufstellung der adäquaten und unadäquaten Verhaltensweisen - bezogen auf das Problemverhalten - zusammengestellt (siehe unter 18.1. - 18.3.2.).

20. LITERATURVERZEICHNIS

ALFF, J.: Zum Thema Auslandsadoption. Jugendwohl 46, 1965, 369-374.

ALT, H.: Indications for mental Health Planing for Children in Israel. American Journal of Orthopsychiatry 21, 1951, 105-123.

ANGERMEIER, W.F.: Kontrolle des Verhaltens. Berlin 1972.

ARBEITSGRUPPE 4 der AGJ: Adoption: Kein Musterkind für feine Leute. Unsere Jugend 25, 1973, 359-363.

BANDURA, A.: Behavior Modification throug Modeling Procedures. In: KRASNER, L. & ULLMANN, L.P. (Eds.: Research in Behavior Modification. New York, 1965, 310-341.

BANDURA, A.: Principles of Behavior Modification. New York, 1969.

BANDURA, A., GRUSEC, J. E. & MENLORE, F.L.: Vicarious extinction of avoidance behavior. J. pers. soc. Psychol. 5, 1967, 16-23.

BANDURA, A. & MENLORE, F.L.: Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. J. pers. soc. Psychol. 3, 1968, 99-108.

BANDURA, A. & WALTERS, R.M.: Social learning and personality development. New York, 1963.

BAKWIN, H.: Loneliness in infants. J. Pediat 35, 512-521, 1952.

BAUMANN : Einige Erfahrungen und Gedanken zur Frage des psychischen Hospitalismus. Acta Paedopsychatrica 26, 1959, 99-105.

BENDER, L.: There's no substitute for family live. Child Study 23, 1946, 74-76, 96ff.

BENDER, L.: Psychopathic behavior desorders in children. In: LINDNER, R.M. & SELIGER, R.V. Hrsg.: Handbook of psychology correctional. New York, 1947, 360-377.

BENDER, L. & YARNELL, H.: An observation nursery. Amer. J. Psychiat. 97, 1941, 1158-1174.

BENTAL, V.: Die psychischen Mechanismen der Adoptivmutter in Verbindung mit der Adoption. Psyche 20, 1966, 282-293.

BIELICKI, I.: Die Psychotherapie des Waisenhaussyndroms bei kleinen Kindern.
Psyche 25, 1971, 57-73.

BIERMANN, J. & R.: Kinder in Israel.
Prax. Kinderpsy. & Kinderpsychiat. 16, 1967a, 97-112.

BIERMANN, J.: Die Mutter-Kind-Situation im Krankenhaus in aller Welt.
Psyche 21, 1967b, 57-72.

BIERMANN, J.: Beitrag zu C. Meves und H.P. Simonsen: Katamnesen nach Krankenhausaufenthalt im Säuglingsalter.
Praxis Kinderpsychol. & Kinderpsychiat. 18, 1969, 317-318.

BIERMANN, G.: Folgen frühkindlicher Mutterentbehrung aus der Sicht der Psychohygiene und Psychotherapie.
Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe, Bonn 1973, 12-16.

BLANDOW : Rollendiskrepanzen in der Pflegefamilie.
1972 (Juventa).

BLÖSCHEL, L.: Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie.
Bern 1970.

BOCHER, B.D.: A pocket-portable shock device with application to nailbiting.
Beh. Research and Therapy 6, 1968, 389-393.

BOWLBY, J.: The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character.
Inter. J. of Psychoanalysis 21,1,1940, 154-178.

BOWLBY, J.: Forty-four juvenile thieves.
Int. J. Psychoanal. 25, 1944, 1-57.

BOWLBY, J.: Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung.
Psyche 13, 1959/60, 415-456.

BOWLBY, J.: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit.
München, 1973.

BOWLBY, J., AINSWORTH, M., BOSTON, B. & ROSENBLUTH, D.: The effects of mother-child seperation: A follow up study.
Brit. J. med. Psychol. 29, 1956, 211-247.

BRAMME, R., HAINBERG, E., SCHIERENBERG, M., SCHMIDT-MUMMENDEY, A. & STADLER, M.: Projekt Massenkommunikation: Theorie und Praxis eines Projektes.
Arbeitsberichte der IJHD,
Hamburg 1975, 6, 25-52.

BRODBECK, A.J. & IRWIN: The speech behavior of infants with out family.
Child development 17, 1946, 145-156.

BRUNER, J.S. & GOODMAN, C.C.: Value and need as organizing factors in perception.
In: J. abnorm. Soc. Psychol. 42, 1947, 33-44.

CASMIR, E.: Adoption - von der Kehrseite gesehen.
In: Unsere Jugend, Oktober 1972, 463-469.

CHESNEAUX, J.: Vietnam. Frankfurt 1967.

CHOMSKY, N.: Indochina und die amerikanische Krise.
Edition Suhrkamp, 1972.

CRAMER, G.: Münchener Waisenhauskinder.
Prax. Kinderpsychol. & Kinderpsychiat. 21, 1972, 175-182.

DAMBORSKÁ, M.: Kundgebungen der wichtigsten negativen Emotionen bei Säuglingen im Milieu eines Säuglingsheimes.
Wiss. Humboldt-Univ. Berlin.
Math. Nat. R. XIV, 2, 1965, 243-249.

DAMBORSKÁ, M.: Erziehungsprobleme bei Säugling und Kleinkind.
Monatskurse f.d. ärztliche Fortbildung, 17. Jg., 1967b, 4, 212-216.

DAMBORSKÁ, M.: Deprivation und Mikrodeprivation.
Monatskurse J.d. ärztliche Fortbildung, 17. Jg., 1967a, 8, 445-449.

DENNIS, W.: A further Analysis of Reports of wild children.
Child Development, Vol. 22, 1951, 153-158.

DENNIS, W.: Causes of retardation among institutional children.
Iran. J. Genet. Psychol. 96, 1960, 47-59.

DENNIS, W. & NAJAREN: Infant development under environmental handicap.
Psych. Monogr. 71, 1957, 1-12.

DÜHRSSEN, A.: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung.
Göttingen, 1969[3].

DURFEE, H. & WOLF: Anstaltspflege und Entwicklung im ersten Lebensjahr.
J. f. Kinderforschung 42, 1934, 273.

EDELMANN, H.: Adoptiveltern - Adoptivkinder.
Soziale und rechtliche Aspekte der Adoption.
Ravensburg, 1972.

ELKONIN, D.B.: Zur Psychologie des Vorschulalters. Berlin, 1967.

ELLINGHAUS, E.: Analyse der Struktur und der Veränderung von Einstellungen deutscher Adoptiveltern gegenüber ihren asiatischen Adoptivkindern. Münster (noch in Bearbeitung).

ERIKSON, E.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart, 1971.

FACHBEREICH Sozialpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Berlin: Überlegungen zur Handlungsforschung in der Sozialpädagogik. In: HAAG et al.: Aktionsforschung. München, 1972, 56-75.

FERSTER, C.B. & SKINNER, B.F.: Schedules of Reinforcement. New York, 1957.

FLOSDORF, P.: Die psychologische Problematik der Adoption. Jugendwohl, Jg. 46, 1965, 353-362.

FLUG, U.: Ein Fall von Hospitalismus. Unsere Jugend, 2, 1966, 208-217.

FOPPA, K.: Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Köln, 1969.

FREUD, S.: Gesammelte Werke. Frankfurt, 1952.

GALPERIN, P.J.: Die Entwicklung der Untersuchungen über die Bildung geistiger Operationen. In: Ergebnisse der sowjetischen Psychologie. Berlin, 1969, 367-405.

GÄNG, P. & Reiche, R.: Modelle der kolonialen Revolution. Edition Suhrkamp, 1969.

GOLDFARB, W.: Effects of early institutional care on adolescent personality: Ror Child. Developm. 14, 1943a, 213-223.

GOLDFARB, W.: Infant Rearing and Problem Behavior. Amer. J. Orthopsychiatry 13, 1943b, 249-265.

GOLDFARB, W.: Infant Rearing as a factor in Foster Home Replacement. Americ. J. Orthopsychiatry 14, 1944, 162-167.

GOLDFARB, W.: Psychological Privation in infancy and subsequent Adjustment. Amer. J. Orthopsychiatry 15, 1945, 247-255.

GOLDFARB, W.: Variation in adolscent adjustment of institutionally reared children. Amer. J. Orthopsychiat. 17, 1947, 449-457.

GOLDFARB, W.: Rorschach test differences between familiy reared, institutional reared and schizophrenic children.
Amer. J. Orthopsychiatry 19, 1949, 625-633.

GOLDSTEIN, J. & FREUD, A.: Jenseits des Kindeswohl.
Suhrkamp, 1974.

GREESE, D.: Zusammenfassung der Diskussion im Arbeitskreis "Adoptionsvermittlung".
In: Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe.
Bonn, 1973, 67, 42-44.

HAAG, F., KRÜGER, H., SCHWÄRZEL, W. & WILDT, J.:
Aktionsforschung.
München, 1972.

HALDER, P.: Verhaltenstherapie.
Stuttgart, 1973.

HARLOW, H.F. & ZIMMERMANN: Affectional responses in the infant monkey.
Science 130, 1959, 421.

HARLOW, H.F. & ROWLANG, G.:
The effects of total social deprivation on the development of monley behavior.
Rec. Res. on Schizophrenia 116, 1964.

HARNACK, G.A. von: Die Bedeutung der Mutter für die seelische Entwicklung des Kindes.
Dt. Med. Wschr. 90, 1965, 1221-1222.

HASENÖHRL, Ch.: Zum Problem des psychischen Hospitalismus im Kleinkindalter.
Phil. Diss. Wien, 1957.

HASSENSTEIN, B.: Verhaltensbiologische Grundlagen zum Problem der Adoption. In: Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe.
Bonn, 1973, 67, 10-12.

HELLBRÜGGE : Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten, Hospitalismus und Deprivation.
In: OPITZ: Handbuch der Kinderheilkunde
Bd. III, Berlin, 1966.

HIEBSCH, H.: Sozialpsychologische Grundlagen der Persönlichkeitsentformung.
Deutscher Verlag der Wissenschaften Berlin, 1971.

HIEBSCH, M. & VORWERG, M.: Einführung in die marxistische Sozialpsychologie.
Deutscher Verlag der Wissenschaften Berlin, 1972.

HILGARD, E.R. & BOWER, G.H.: Theorien des Lernens.
Stuttgart, 1971.

HORLEMANN, J. & GÄNG, P.: Vietnam. Genesis eines Konflikts.
Edition Suhrkamp, 1973.

HOWARD, N.: The Theory of Metagames.
General Systems II 167, 1966.
Jahrbuch der Society for General Systems Research.
zit. nach: WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. & FISCH, R., Lösungen.
Bern, 1974.

ITARD, J.: Victor, das Wildkind von Aveyron.
Zürich, 1965.

INNERHOFER, P.: Ein Regelmodell zur Analyse und Intervention in Familie und Schule.
In: Zeitschrift für Klinische Psychologie
Heft I, 1. Quartal 1974, 1-29.
Verlag für Psychologie.

JUERGENS, L.: Besonderheiten und Milieueinflüsse in der Adoptivfamilie.
Phil. Diss. Wien 1946.

JONES, M.L.: Elimination of childrens fears.
J. Exp. Psychol. 7, 1924, 382-390.

KIRK, H.D.: Shared Fate.
A Theory of Adoption an Mental Health.
New York, 1964.

KLEIBER, D.: Rückmeldung im Forschungsprozeß.
Diplomarbeit, Münster 1974.

KUHLEN, V.: Verhaltenstherapie im Kindesalter.
München, 1972.

LAUNER, I.: Persönlichkeitsentwicklung im Vorschulalter bei Spiel und Arbeit.
Volkseigener Verlag Berlin 1970.

LEHR, U.: Die Rolle der Mutter in der Sozialisation des Kindes.
Darmstadt, 1974.

LENIN, W.I.: Werke Bd. 14.
Dietz Verlag, Berlin 1962.
zit. nach: LEONTJEW, A.N.
Probleme der Entwicklung des Psychischen.
Volkseigener Verlag Berlin 1973.

LEONTJEW, A.N.: Probleme der Entwicklung des Psychischen.
Volkseigener Verlag Berlin 1973.

LEVY, R.: Institutional versus boarding-home care. J. Pers. 15, 1947, 233-241.

LEWIN, K.: Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Stuttgart, 1963.

LOOFS, M.: Zur Psychologie der Eltern-Kind-Beziehung. In: Jugendwohl 40, 1959, 19-25.

LOVAAS, O.J., FREITAG, C., KINDER, M.J., RUBINSTEIN, B.D., SCHAEFFER, B. & SIMON, J.B.: Experimental studies in childhood schizophrenia. Developing sozial behavior using electic shock. Paper read at American Psychological Association Annual Convention. Los Angeles, California 1964.

LOWREY, L.G.: Personality distortion and early institutional care. Amer. J. Orthopsychiatry 10, 1940, 576-585.

MARBURG, H.M.: Wandlungen in der Erziehung der Kibbutz-Kinder. Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiat. 21, 1972, 97-103.

MARX, K.: Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie. Berlin, 1953.

MATĚJČEK, Z.: Die Aufklärung von Adoptivkindern über ihre Herkunft. Unser Jugend 21, 1969a, 403-409.

MATĚJČEK, Z.: Über Persönlichkeitstsypen bei Heimkindern und ihre Berücksichtigung im Adoptionsverfahren. Unsere Jugend 21, 1969b, 155-160.

McCLEERY, S.: The Adoption Worker ś Role and his Personality in the Professional Adoption Process. Cild Welfare 31, 1952, 3-12.

MEAD, M.: A cultural anthropologist's approach to maternal deprivation. In: Ainsworth, M.D.: Deprivation of maternal care, Genf, 1962.

MEIERHOFER, M. & KELLER, W.: Frustration im frühen Kindesalter. Bern, Stuttgart, 1966.

METZGER, W.: Über die Auswirkungen der Verpflanzung eines Kindes in eine ihm fremde Umgebung. Unsere Jugend 23, 1971, 153-158.

MEVES, C. & SIMONSEN, H.P.: Katamnesen nach Krankenhausaufenthalt im Säuglingsalter. Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiat. 1968, 197-203.

MEYER, V. & CHESSER, E.S.: Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie.
Stuttgart, 1971.

MOOG, G. & MOOG, K.: Die entwicklungspsychologische Bedeutung von Umweltbedingungen im Säuglings- und Kleinkindalter.
Berlin, 1972.

NISSEN, G.: Hospitalismus.
Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1, 1973, 5-17.

OESCHGER, W.: Die Pflege- und Adoptivkindversorgung.
Freiburg, 1957.

PAWLOW, J.P.: Zwanzigjährige Erfahrungen mit dem objektiven Studium der höheren Nerventätigkeit (des Verhaltens) der Tiere.
Sämtliche Werke, Bd. III.
Berlin, 1953a.

PAWLOW, J.P.: Vorlesungen über die Arbeit der Großhirnhemisphäre.
Sämtliche Werke, Bd. IV.
Berlin 1953b.

PECHSTEIN, J.: Das junge Kind in Heim und Krippe.
In: HUNDERTMARCK, G. & ULSHOEFER, H. (Hrsg.), Kleinkinderziehung, Bd. III.
München, 1972, 7-46.

PECHSTEIN, J.: Entwicklungsgefährdung durch Heimaufenthalt in der frühen Entwicklung.
In: GERBER, U. (Hrsg.), Ja zum angenommenen Kind.
Stuttgart, 1973, 31-42.

PECHSTEIN, J.: Vermeidung frühkindlicher Deprivation aus kinderärztlicher Sicht.
Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe.
Bonn, 1973, 19-26.

PFAUNDLER, M.: Physiologie des Neugeborenen.
In: A. DÖDERLEIN: Handbuch der Geburtshilfe.
Wiesbaden, 1915.

PFAUNDLER, M.: Über Anstaltsschäden an Kindern.
Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 29, 1924, 601-619.

PIEPER, R.: Aktionsforschung und Systemwissenschaften.
In: HAAG, F., KRÜGER, H., SCHWÄRZEL, W. & WILDT, J.: Aktionsforschung.
München, 1972, 100-116.

PINNEAU, S.: The infantile Disorders of Hospitalism and anaclitic Depression.
Psychological Bulletin, Vol. 52, No. 5, 1955, 429-458.

PLATE, G.: Eingliederung ausländischer Adoptivkinder in den Kindergarten.
Münster (noch in Bearbeitung).

PONGRATZ, L.: Frühkindliche Prägung und Charakterentwicklung.
Psychologie, Psychotherapie und med. Psychologie, 7, 1960, 312-324.

PONGRATZ, L.: Prostituiertenkinder.
Stuttgart, 1964.

RABIN, A.J.: Infants and children under conditions of "intermittent" mothering in the "kibbutz".
Amer. J. Orthopsychiat. 28, 1958, 577-586.

RABIN, A.J.: Attitudes of "kibbutz" children to family and parents.
Amer. J. Orthopsychiat. 29, 1959, 172-179.

RACHMANN, S. & BERGOLD, J.B.: Verhaltenstherapie bei Phobien.
München, 1970.

RHEINGOLD, H.L.: Mental and social Development of Infants in Relation to the Number of other infants in boarding Home.
Amer. J. Orthopsychiat. 13, 1943, 41-44.

ROTH, J.: Heimkinder: Ein Untersuchungsbericht über Säuglings- und Kinderheime in der BRD.
Köln, 1973.

ROUDINESCO, J. & APPELL, G.: Sene Hop. Paris 1950, 26,2271.
In: BOWLBY: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit.
München, 1973.

RUBINSTEIN, S.L.: Grundlagen der allgemeinen Psychologie.
Berlin, 1958.

RUBINSTEIN, S.L.: Sein und Bewußtsein.
s'Gravenhage, 1971.

RUTTER, M.: Parent-child seperation: psychological effects on the children.
J. Child Psychol. Psychiat. 12, 1971, 233-260.

SCHAFFER, H.R.: Some issues for research in the study of attachment behavior.
In: FOSS, B.M.: Determinants of Infant Behavior II
Methusen, London, 1963.

SCHULTE, D.: Diagnostik in der Verhaltenstherapie.
München, 1974.

SCHULTE, D. & ELLER, F. & MEERMANN, R. & WINDHEUSER, J.: Einführung in die Grundlagen der Verhaltenstherapie.
nicht veröffentl. Manuskript der Universität Münster, 1972.

SCHMALOHR, E.: Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier. Basel, 1968.

SCHULTHEIS, J.: Die Motive der Annehmenden bei der Adoption. Unsere Jugend 18, 1966, 293-302.

SECHELMANN, R.: Einstellungen des nachbarlichen Umfeldes gegenüber dem Adoptivkind und der Adoptivfamilie: Erforschung der Struktur von Einstellungen und Bedingungen für ihre Veränderung. Münster (noch in Bearbeitung).

SEMRAD, G.: Das Ausmaß des Hospitalismus als entscheidender Faktor in der Adoptivkindversorgung. Diss. Phil. Wien 1964.

SÈVE, L.: Marxismus und Theorie der Persönlichkeit. Marxistische Blätter 1973.

SPITZ, R.: Hospitalismus I. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Study of the child 1, 1945, 53. deutsch in: BITTNER, G. & SCHMID-CORDS: Erziehung in früher Kindheit. Piper 1973⁵.

SPITZ, R.: Ein Nachtrag zum Problem des Autoerotismus. Psyche 18, 1964/65, 241-272.

SPITZ, R.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, 1967.

SPITZ, R.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehung. Stuttgart, 1973³.

SPITZ, R. & WOLF, K.: Anaclitic Depression. Psychoanal. Stud. Child 2, 1946, 313-142. deutsch in: BITTNER, G. & SCHMID-CORDS, E.: Erziehung in früher Kindheit. München, 1973⁵.

SPRIGATH, G. & STEINHAUS, K.: Indochina. Marxistische Blätter 1971.

STADLER, M.: Gestalttheorie und dialektischer Materialismus. In: ERTEL, S., KEMMLER, L. & STADLER, M. (Hrsg.): Gestalttheorie in der modernen Psychologie. Darmstadt, 1975b, 151-165.

STADLER, M., SEEGER, F. & RAEITHEL, A.: Psychologie der Wahrnehmung. München, 1975a.

STUMPFE, K.D.: Der Fall Kasper Hauser. Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiat. 18, 1969, 292-299.

TATE, B.G. & BAROFF, G.S.: Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy.
Behav. Res. Ther. 4, 1966, 281-287.

TERRE DES HOMMES DEUTSCHLAND e.V., Sammelmappe Adoptiveltern.
Osnabrück, 1973.

TEUFFEL, I.: Zur Frage des Hospitalismus.
Unser Jugend 19, 1967, 21-30.

THORNDIKE, E.L.: The psychology of learning.
Educational Psychology.
New York, Mason Henry 1913.

TUGENDREICH, G.: Die Mutter- und Säuglingsfürsorge.
Kurzgefaßtes Handbuch.
Stuttgart, 1909/10.

WATSON, J.B. & RAYNER, R.: Conditional emotional reactions.
J. Exp. Psychol. 3, 1920, 1-14.

WATZLAWICK, P. & BEAVIN, J.H. & JACKSON, D.P.: Menschliche Kommunikation.
Bern, 1972.

WIT, de, J.: Some critical Remarks on "Maternal Deprivation"
Acta Paedopsychiatrica 31, 1964, 240-253.

WOLF, M.M., RISLEY, T. & MEES, H.: Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. Behav.
Res. Ther. 1, 1964, 305-312.

WOLPE, J.: Praxis der Verhaltenstherapie.
Bern, 1972.

YARROW, L.J.: Maternal deprivation; toward an empirical and conceptual re - evalution.
Psychol. Bull. 58, 1961, 459-490.

ZINGG, R.M.: Reral man and extreme cases of isolation.
Amer. J. Psychol. 53, 1940, 487-496.

Die Fragen aus der ersten Untersuchungsphase werden hier fortlaufend aufgeführt:

Name:

Welche Gründe bewogen Sie zu einer Adoption und was für Wünsche hatten Sie hinsichtlich des Kindes?

Warum haben Sie sich zur Adoption entschlossen?

Haben Sie sich ein Kind aus einem bestimmten Land gewünscht?
Wenn ja, welche Gründe hatten Sie dafür?

Wollten Sie gerne einen Jungen (Mädchen) adoptieren?
Wenn ja, welche Gründe hatten Sie für die Wahl des Geschlechtes?

Sollte das Kind ein bestimmtes Alter haben?
Wenn ja, aus welchen Gründen?

Fragen zur Person des Kindes:
Name des Kindes?

Haben Sie den Namen des Kindes geändert?
Wenn ja, aus welchen Gründen?

Wie war der ursprüngliche Name des Kindes?

Geburtsdatum?

Herkunftsland?

Herkunftsort?

Datum der Adoption?

Datum der Aufnahme des Kindes in die Familie?

Was wissen Sie über die Vorgeschichte Ihres Kindes?

War das Kind in einem oder mehreren Heimen?

Wie wurde das Kind in den Heimen versorgt?

Hatte Ihr Kind in dieser Zeit Kontakt zu anderen Kindern?

Einige Fragen über Sie selbst und Ihre Familie:
Alter der Mutter: Alter des Vaters:

Letzter Schulabschluß der Mutter:
des Vaters:

Beruf der Mutter:
Beruf des Vaters:

Familieneinkommen:
unter 1000 DM
1000 - 2000 DM
2000 - 3000 DM
3000 - 4000 DM
über 4000 DM

Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?
Vater:
Mutter:

Wieviele Personen gehören zu Ihrem Haushalt?

Wieviele von Ihren Kindern sind Mädchen
Jungen?

Wie alt sind Ihre Kinder?

An welcher Stelle, dem Alter nach, steht Ihr Adoptivkind?

Welche Schulen besuchen Ihre Kinder?

Möchten Sie Ihre Kinder auf weiterführende Schulen schicken?
Wenn ja, auf welche (z.B. Fachschule etc.)

Wie groß ist der Ort in dem Sie wohnen?
über 1 000 000 Einwohner
" 100 000 "
" 50 000 "
" 10 000 "
" 5 000 "
unter 5 000 "

Haben Sie ein eigenes Haus?

Wieviele Räume hat Ihre Wohnung?

Wieviele Ihrer Kinder wohnen in einem Raum?

Wie verlief die erste Begegnung mit Ihrem Adoptivkind?

Wie wirkte das Kind auf Sie?
z.B.: sehr scheu, kontaktfreudig
Ihnen gegenüber, zappelig, ruhig.

Wie haben die Geschwister auf das Kind reagiert?
z.B. haben sie schnell miteinander gespielt?

Welchen ersten Eindruck hatten die Geschwister von dem "neuen" Kind?

Hatten Sie selbst Schwierigkeiten, das Kind zu akzeptieren?
Waren Sie z.B. enttäuscht von seinem Verhalten?

Gab es in der Zeit, in der das Kind zu Ihnen kam, gerade irgendwelche Schwierigkeiten in Ihrer Familie?

War das Kind gesund,als es zu Ihnen kam?

Welche Krankheiten hatte das Kind und wie war der Verlauf dieser?

Welche Krankheiten hatte das Kind vor der Adoption?

Welche Krankheiten hatte das Kind nach der Adoption?

Welche Kinderkrankheiten hatte es?

War es unterernährt?

Ist es anfällig für Krankheiten, besonders für Erkältungen?

Leidet es an Appetitlosigkeit?

Erbricht das Kind häufig?

Ermüdet das Kind rasch?

Verträgt das Kind das Autofahren?

Leidet das Kind an Kopfschmerzen oder Schwindel?

Wirft es sich im Schlaf hin und her?

Ist es sehr unruhig?

Was ist Ihnen bei der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?

Wann griff das Kind nach Gegenständen?

Wann konnte das Kind allein sitzen?

Wann konnte es krabbeln
stehen
laufen?

Lief es sehr lange Zeit unsicher, schwankend?

Wie ist sein Gang heute? z.B. tapsig, ungeschickt

Kann das Kind hüpfen, laufen?

Fällt das Kind oft hin?

Kann es allein essen? Wenn ja, seit wann?

Ist es sehr ungeschickt dabei?

Kann das Kind sich allein anziehen? Seit wann?

Hat es schon einmal etwas selbst gebaut?

Wann lächelte das Kind zum ersten Mal?

Wann erkannte das Kind Mutter, Vater, Geschwister?

Wann begann es zu sprechen?

Wann begann es kleine Zwei-Wort-Sätze zu sprechen?

Lernte es schnell neue Worte?

Wie ist sein Wortschatz heute?

Kennt es die Namen der Geschwister und alltäglicher Gebrauchsgegenstände?

Versteht das Kind, was ihm gesagt wird?

Interessiert sich das Kind für die Menschen und Gegenstände in seiner Umwelt?

Untersucht das Kind von sich aus neue Gegenstände? Wenn ja, welche bevorzugt es?

Kann das Kind gut spielen?

Sind seine Bewegungen und Handlungen sinnvoll oder wiederholt es sich ständig?

Verharrt das Kind auf der Stufe der "Babysprache"?

Kennt es die Bedeutung alltäglicher Gebrauchsgegenstände? Wobei hat es Schwierigkeiten?

Reagiert Ihr Kind, wenn Sie es ansprechen?

Ist es Fremden gegenüber völlig ohne Hemmungen? z.B. umarmt es gleich jeden, setzt sich bei jedem gleich auf den Schoß etc.

Ist es sehr aggressiv und zerstörungslustig?

Ist es besonders zärtlich und liebebedürftig? Wie versucht das Kind dies zu äußeren?

Geht das Kind selbst auf Sie zu oder wartet es auf Sie?

Welche Beziehungen hat Ihr Kind zu seinem früheren Lebensbereich und wie sind diese geartet?

Erinnert sich das Kind an seinen Lebensbereich vor der Adoption? z.B. erinnert es sich an einzelne Ereignisse oder längere Zeiträume? Fehlen bestimmte Erinnerungen völlig? Ist das Ausmaß seiner Erinnerungen seinem Alter angemessen?

Wie reagiert das Kind, wenn es durch irgendwelche Ereignisse an seinen früheren Lebensbereich erinnert wird?

Verwendet das Kind für bestimmte Worte oder in bestimmten Situationen häufig die Muttersprache? Welche sind das?

Erzählt das Kind von Träumen oder Gedanken, die sich auf Erlebnisse bzw. Lebensumstände im Herkunftsland beziehen?

Braucht Ihr Kind Hilfe, um das Erlebte bewältigen zu können? Wenn ja, wie haben Sie ihm geholfen?

Haben Sie bei Ihrem Kind Verhalten oder Wünsche beobachtet, die auf das Herkunftsland schließen lassen?
z.B. auf Erziehungsgewohnheiten im Herkunftsland?
auf Gewohnheiten aus dem Waisenhaus?
Wenn ja, wie reagierten Sie und die Geschwister auf diese Besonderheiten? Gab es dadurch Schwierigkeiten in Ihrer Familie?

Haben Sie Reaktionen oder Eigentümlichkeiten beobachtet - in bestimmten Situationen oder zu bestimmten Anlässen - von denen Sie glauben, daß sie auf positive bzw. negative Erfahrungen in der Vergangenheit zurückgehen?
z.B. Lärmempfindlichkeit
Auffälliges Verhalten beim Schlafen, Essen, Sprechen, in sozialen Beziehungen; beim Versuch, die neue Umwelt zu begreifen
Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach der Grund für solche Erscheinungen?

Wie versuchen Sie, dieses für Sie vielleicht problematische Verhalten zu bewältigen?

Wie verhält sich das Kind in der Familie?
Bitte schreiben Sie alles auf, was Ihnen aufgefallen ist?

Kann das Kind gut mit den Geschwistern spielen?
Wie macht es das?

Hat es besondere "Lieblingsgeschwister"?
Gibt es dafür besondere Gründe?

Bevorzugt das Kind den Vater bzw. die Mutter?
Wenn ja, können Sie sich das erklären?

Hat sich das Verhältnis der Geschwister untereinander verändert, seit Ihr Adoptivkind bei Ihnen ist?
Wenn ja, wie können Sie sich das erklären?

Hat sich das Verhältnis Ihrer Kinder zu Ihnen geändert?
Wenn ja, wie erklären Sie sich diese Veränderung?

Kommt es mit Freunden oder Verwandten immer wieder zu Streitigkeiten, die im Zusammenhang mit der Adoption oder dem Verhalten Ihres Adoptivkindes stehen?

War es für Sie und Ihre Familie schwer, das Kind voll in die Familie aufzunehmen?
Wenn ja, was waren die Schwierigkeiten und wir haben Sie versucht, sie zu beheben?

Was fällt Ihnen und den Geschwistern selbst als "anders" bei Ihrem Adoptivkind auf?

Gab es deswegen Schwierigkeiten in Ihrer Familie?

Wie erleben Sie die Spiele Ihres Kindes und was ist Ihnen Besonderes aufgefallen?

Hat das Kind gleichaltrige Freunde oder spielt es immer nur mit jüngeren Kindern?

Kann es sich in die Spiele anderer einordnen?

Kann es auch eigene Spielwünsche durchsetzen oder wird es immer an "die Wand" gedrängt?

Kann Ihr Kind verlieren?

Hat Ihr Kind überhaupt kein Kind,mit dem es spielt?

Wird es von den anderen Kindern abgelehnt?

Wie verhält sich Ihr Kind im Kindergarten,und welche Besonderheiten sind Ihnen aufgefallen?

Wie fühlt sich das Kind im Kindergarten?

Ist Ihnen irgend etwas Besonderes von der Kindergärtnerin berichtet worden?

Haben Sie selbst mit anderen Eltern eine private Kindergruppe gegründet oder möchten Sie es?
Wenn ja, aus welchen Gründen?

Hat sich das Verhalten des Kindes verändert, seit es im Kindergarten (in einer Kindergruppe) ist?
z.B. Kann es sich seitdem besser durchsetzen oder ist es ängstlicher geworden?

Wie nahm das Kind den Schulbesuch auf und welche Schwierigkeiten ergaben sich dabei für die Umwelt und das Kind?

Wie ist die Einstellung der Lehrer und der Mitschüler zu dem Kind?
z.B. versucht der Lehrer Ihrem Kind die Eingliederung in die Schule zu erleichtern? Hat Ihr Kind Freunde in seiner Klasse?

Hat Ihr Kind Angst vor der Schule?
Wenn ja, wie äußert sich diese Angst?
Worauf ist Ihrer Meinung nach die Angst zurückzuführen?

Hat Ihr Kind in bestimmten Fächern Lernschwierigkeiten?
Welche sind seine Lieblingsfächer?

Hat Ihr Kind noch bestimmte Schwierigkeiten, alles was es möchte, auf deutsch zu sagen?

Wie reagiert die Umwelt (Nachbarn, Leute auf der Straße etc.) auf Ihr Kind?

Welche Einstellung haben Ihrer Meinung nach die anderen Kinder Ihrem Kind gegenüber?
z.B. machen die anderen Kinder sich über Ihr Kind lustig?
reißen sie sich darum, mit Ihrem Kind zu spielen, weil es so süß ist?

Welche Einstellung haben die Eltern der anderen Kinder vermutlich zu Ihrem Kind?
Haben Sie bestimmtes Verhalten beobachtet oder bestimmte Aussagen gehört, die Ihre Vermutungen bestätigen?

Wie reagieren Nachbarn, Bekannte und Verwandte und "die Leute auf der Straße" auf Ihr Kind?

Wie wirken sich die Reaktionen auf Ihr Kind aus?

Wie versuchen Sie Ihrem Kind zu helfen bei der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt?

Wie gelingt Ihrem Kind die Eingliederung in seinen neuen Lebensbereich?

Beobachten Sie bei Ihrem Kind - wenn es lange Zeit im Herkunftsland verbracht hat - den Versuch, die Beziehungen dorthin irgendwie aufrechtzuerhalten?
Wenn ja, auf welche Weise geschieht das?

Gehört Ihr Kind einer anderen Religionsgemeinschaft an als Sie selbst? War das für Sie ein Problem?
Wenn ja, wie haben Sie es gelöst?

Gab es in Ihrer Familie spezielle Probleme bei der Eingliederung des Kindes in Ihr Zusammenleben?

Wie reagiert das Kind auf die Begegnung mit Menschen aus seinem eigenen Kulturkreis?
z.B. wie reagiert es, wenn es seine Muttersprache hört?

Versuchen Sie selbst die Verbindung des Kindes mit seinem Herkunftsland aufrechtzuerhalten oder allmählich zu entwickeln? Wenn ja, welche Möglichkeiten haben Sie dafür gefunden?

Glauben Sie, daß es für Ihr Kind besser ist, wenn es später in sein Herkunftsland zurückkehrt?

Glauben Sie, daß Ihr Kind hier später Schwierigkeiten im Beruf haben wird? Haben Sie in diesem Zusammenhang schon bestimmte Berufsvorstellungen für Ihr Kind entwickelt?

Welche Erwartungen haben Sie an diese Untersuchung?

Welche Fragen und Themen haben Ihnen in dem Fragebogen gefehlt?

Sind Sie besonders interessiert an Informationen über andere oder über die Erfahrungen der anderen in der Schule, mit der Umwelt usw.?

Statistik 1. Fragebogen

KOREA

Erste Reaktion der Geschwister

positiv	enttäuscht	eifersüchtig	abwartend
12	3	2	3

spätere Rivalität	Regression	enttäuscht	besser
8	1		2

Gefühle der Mutter (bzw. Eltern) zu Anfang

positiv	Schwierigkeiten es zu akzeptieren	enttäuscht
2	2	2

Angst, daß das Kind sie nicht akzeptiert
2

Reaktionen der Umwelt

Kind in Sonderstellung zwingen	neugierig	positiv	normal
15	10	4	1

ablehnend	unsicher	Mitleid	"alles"	jüngere positiv
4	1	1	2	3

ältere negativ
3

Kindergarten [Grundgesamtheit 12]

ohne Schwierigkeiten	zu Anfang schwierig	Regression
8	3	1

Schule

gut	wird gehänselt	Sprachschwierigk.	Schwierigk.(Lehrer)
1	2	1	2

weigert sich	wieder raus (Anforderungen zu groß)	nach 3Mo norm.
1	1	1

Spielverhalten

altersgemäß	wußte zu Anfang nichts mit Spielzeug anzufangen
20	2

bevorzugt jüngere

1

Eingliederung

ohne Schwierigkeiten	schwierig	zuerst schwierig
7	1	1

VIETNAM

Erste Reaktion der Geschwister

positiv (begeistert) sofort spielen wollen etc.	eifersüchtig	Regression	enttäuscht
24	5	2	

später

Rivalität	Regression	enttäuscht	besser
5	2	2	1

Gefühle der Mutter (bzw. Eltern) zu Anfang

positiv	Schwierigkeiten, es zu akzeptieren	enttäuscht	M. fühlt sich eingeengt
	5	3	1

Reaktionen der Umwelt

Kind in Sonderstellung zwingen (süß, anfassen etc.)	neugierig interessiert	freundlich	ablehnend
21	5	1	1

normal	mitleidig	in der näheren Umgebung akzeptiert	dumm
6	2	1	1

positiv für das Selbstbewußtsein des Kindes

3

Kindergarten [Grundgesamtheit 12]

ohne Schwierigkeiten	zu Anfang schwierig	schwierig (zuviel Aufmerksamkeit)
10	1	1

Schule

ohne Schwierigkeiten	ohne Angaben
5	1

Spielverhalten

altersgemäß
23

Eingliederung

ohne Schwierigkeiten	keine Angaben
11	4

KOREA

Vorgeschichte

Familie und Heim	nur Heim	mehrere Heime	Pflegefam.u.Heim
4	8	11	6

Pflegefamilie	ohne Angaben
1	2

Zustand des Kindes bei der Ankunft

unterernährt	Hautkrankh.	unterentwickelt	innere Krankh.
12	12	5	14

Behinderung	Mangelerscheinungen	Lactoseüberempfindl.
5	9	1

Verwundungen	gesund	Rachitis
2	2	1

Erste Reaktion des Kindes

ruhig, apathisch	scheu, zurückh.	zutraulich, positiv
10	7	4

unruhig	aufdringlich, Gefühlsansturm liebebedürftig, anklammern	schreien, aggressiv
2	9	3

Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Befragung

altersgemäß	zurück	sprachl. zurück	motor. zurück	ohne Ang.
15	4	6	4	3

Anforderungen

nach Alter n.G.	nach Geschlecht n.G.	Integration	mögl. klein Heim	Entw. von Anfang an erleben
11	17	7	6	1

Junge (weniger gefragt)	Mädchen (Integrat. später leichter)	reinrassig
1	3	1

Mädchen (Mädchenmutter)	Mädchen	aus Korea (geht schneller)
2	2	5

hohen IQ	älter (soll bald in KG können)	gesund	keine Anforderungen
1	1	7	

VIETNAM

Vorgeschichte

Familie und Heim	nur Heim	mehrere Heime	Pflegefam.u.Heim(e)
1	16	15	3

nur Pflegefam.	kein Info vorhanden
	4

Zustand des Kindes bei der Ankunft

unterernährt	Hautkrankheiten	innere Krankheiten	unterentwick.
26	16	19	17

Behinderungen	Mangelerscheinungen	Lactoseüberempf.
4	8	2

Verwundungen	Rachitis	gesund
4	3	4

Erste Reaktion des Kindes bei der Ankunft

apathisch, sehr ruhig	zurückhaltend, scheu, mißtrauisch
14	10

freundlich zugewandt, kontaktfreudig, interessiert	unruhig	übertrieben zugewandt anschmiegend, anklammernd
10	2	3

ablehnend

Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Befragung

altersgemäß	zurück	sprachl. zurück	motor. zurück
27	7	3	2

Anforderungen

nach Geschlecht	nach Geschwistern n.G.	Alter n.G.	mögl.klein Integration	mögl.klein Heimschäd.	mögl.klein leichter zu akzeptieren
23		17	14	3	1

Junge (weniger gefragt)	Mädchen (später Integrat.leichter)	Junge (kann sich später besser durchsetzen)	Junge (geht schneller)
3	2	2	1

älter (weniger Chancen)	behindert	reinrassig	keine Anford.
1	1	1	1

KOREA

Motive

Durch Elend aufgefordert	Krieg in V.	konkret helfen
18	5	4

Mitverantwortung	Kinderwunsch	Chance geben	dt. selten
9	11	7	3

neue Aufgabe	feste Bindung ohne Eh.	eigener Lebensstandard
	1	2

Spielgefährte	1. Adoption erfolgreich
7	1

Reaktion auf Heimatland

Ablehnend	zuerst ablehnend, dann nicht mehr	interessiert	keine
16	3	2	5

erstaunt	unsicher (will hören, daß hier bleibt)	Heimweh	problemlos
1	1	2	1

Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der Umwelt

Rückhalt in Fam.	Selbstbewußtsein stärken	Info	erklären, bereden, vertraut machen
7	13	4	4

Selbständigk. fördern	Sonderstellung abbauen	Verhalt.einüben (Humor)
3	3	2

nicht anders, als den eigenen	positiv über Korea erzählen (Land u. Leute schön)
1	2

die anderen sind dumm	gutes Beispiel	noch nicht nötig
1	1	2

Erwartungen an Untersuchung

Hilfe (Anregung)	Austausch	Anreiz für Adoption	Vorurteile abbauen
12	3	3	6

Veränderung des Adoptionsrechts	Anreiz zur Adoption älterer Kinder
3	1

Hypothese, daß Adoption ausländ.Kinder schwierig, verwerfen	allg. Aussagen über Entw. u. Verh.d.K.
1	1

VIETNAM

Motive

durch Elend aufgefordert (Mitleid, aus Notstandsgebiet, Publikat.)	Krieg in V.	konkret helfen
34	7	3

Mitverantwortung	Kinderwunsch (eigene nicht mögl.od.gewollt)	Chance geben
4	15	7

dt.selten	neue Aufgabe	feste Bindung ohne Ehe
1	4	

eigener Lebensstandard	Spielgefährte	eigene vorurteilsfreie Erziehung
1	1	2

1. Adoption erfolgreich	religiöse Gründe	polit. Gründe
1	3	1

Reaktion auf Heimatland

ablehnend (Sprache, Begegnungen)	zuerst ablehnend, dann nicht mehr	interessiert (positiv, freudig, erzählt viel)
8	1	7

normal	keine R.	glorifizierend	Regression bei Begegnungen
3	6	1	2

Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der Umwelt

Rückhalt in Fam. (Liebe, schützen)	Selbstbewußtsein stärken (Aussehen bejahen, sich akzept.)	nicht nötig
12	7	1

Info (Land, Not)	erklären, besprechen	Selbständigk.fördern (Durchsetz. lernen)
5	7	4

Kontakt zur Außenwelt vermitteln	der Umwelt das Problem näherbringen
1	1

Sonderstellung abbauen
1

Erwartungen an Untersuchung

Hilfe (prakt. Hinweise)	Erfahrungsaustausch (auch über Gefühle der Eltern)	Anreiz für Adoption
12	5	4

Vorurteile abbauen	Info Öffentlichkeit	Adoptionsrecht verändern, Ämter
14	4	4

KOREA [18 Mädchen, 14 Jungen]

Alter der Kinder November 1973

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	über 6
	4	7	3	5		13

Alter der Kinder bei der Ankunft

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	über 6
10	2	4	4		5	7

Beruf der Eltern

	akadem.	Lehrer	Fachhochsch.	Fachsch.	Lehre	o.Ber.	o.Ang.
Mütter:	7	3		4	9	7	2
Vater:	13	3	4	6	5		1

Alter der Eltern

	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	über 50
Mutter:		7	14	8	2	1	
Vater:		3	14	6	6	1	2

Religionszugehörigkeit

ohne	kath.	ev.	Mischehe	einer mit, einer ohne
6	7	13	5	1

Einkommen

1-2	2-3	3-4	über 4 tausend	ohne Angabe
4	13	6	8	1

Anzahl der Familienmitglieder

3	4	5	6	7	über 7
3	14	7	6	2	

Größe des Wohnortes

ü. 1 Mill.	ü. 100.000	ü. 50.000	ü. 10.000	ü. 5.000	u. 5.000
2	3	4	13	5	5

Anzahl der Adoptivkinder (ausländ.)

1	2	3
	2	

VIETNAM

Alter der Kinder im November 1973

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	über 6
1	5	5	8	9	4	7

Alter der Kinder bei der Ankunft

0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	über 6
8	14	7	5	2	1	2

Beruf der Eltern

	akadem.	Lehrer	Fachhochsch.	Fachsch.	Lehre	ohne Beruf
Mutter:	7	7	1	11	8	5
Vater:	19	10	4	5	1	

Alter der Eltern

	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	ü.50	o.Ang.
Mutter:		4	22	4	3	3	3	
Vater:		3	9	15	5	3	3	1

Religionszugehörigkeit

ohne	ev.	kath.	Mischehe	einer mit, einer ohne	ohne Angabe
7	14	9	3	3	3

Einkommen

1-2	2-3	3-4	über 4 tausend	ohne Angabe
8	14	10	7	

Anzahl der Familienmitglieder

2	3	4	5	6	7	über 7
1	6	5	9	5	2	5

Größe des Wohnortes

ü. 1 Mill.	ü. 100.000	ü. 50.000	ü. 10.000	ü. 5.000
2	11	3	8	2

unter 5.000	ohne Angabe
10	3

Anzahl der Adoptivkinder (ausländ.)

1	2	3
	2	

The Child Behavior Rating Scale

By

Russell N. Cassel, Ed.D.

Published By

WPS WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
PUBLISHERS • DISTRIBUTORS
BOX 775, BEVERLY HILLS, CALIFORNIA 90213

Name				School
Address				Grade
Birthdate	Age	Boy	Girl	Rated By:
Date				Position of Rater:

GENERAL INSTRUCTIONS

This rating scale is designed to assess the personality adjustment of primary grade school children who do not have sufficient reading skill to complete the group type of psychological tests. The ratings are to be accomplished by the teacher and/or parents. The person rating the child should read each item on the scale carefully, and then place a check mark (✓) in the appropriate place where he believes the particular child belongs for the specific item involved. If the item is "yes" for the child, put a check mark on the "yes". If the item is "no", put a check mark on the "no". If the answer is somewhere in between the yes and no, put a check mark on the four point scale indicating where the item is most true. Study the example.

Example: Mary is prettier than Lois.

yes		✓			no

C.B.R.S. Profile

T-Score	Self-Adjustment	Home-Adjustment	Social-Adjustment	School-Adjustment	Physical-Adjustment	Personality Tot. Adjust.
80	120	120	120	72	36	552
75	119	119	119	71	36	547
70	118	118	118	70	35	542
65	117	117	117	68	34	536
60	112	112	112	65	33	513
55	105	105	105	62	32	483
50	99	98	99	59	30	452
45	92	91	92	56	29	421
40	85	84	85	53	27	390
35	78	77	78	50	26	360
30	72	70	72	46	24	329
25	65	62	65	43	22	298
20	58	55	58	40	21	267
Weight Values	2	2	0	1	0	Total Score

Copyright © 1962 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Not to be reproduced in whole or part without written permission of copyright owner.
All rights reserved. Printed in U.S.A.

The Child Behavior Rating Scale

Self Adjustment	Scale Values 1	2	3	4	5	6
1. Often prefers to be alone.	yes					no
2. Often seems unhappy or depressed.	yes					no
3. Often cries, and with little or no reason.	yes					no
4. Feelings are often easily hurt.	yes					no
5. Often appears to feel unwanted or disliked.	yes					no
6. Often seems to have little self confidence.	yes					no
7. Often sulks when unable to get own way.	yes					no
8. Often daydreams and "mind" tends to wander.	yes					no
9. Often giggles even when nothing is funny.	yes					no
10. Often makes alibis or excuses for mistakes.	yes					no
11. Personal values often not accepted by others.	yes					no
12. Often is slovenly and unkempt in appearance.	yes					no
13. Often talks dirty, swears, or uses foul words.	yes					no
14. Often bites nails or sucks thumbs and fingers.	yes					no
15. Often tends to be on the go and can't relax.	yes					no
16. Often is very nervous and excited about things.	yes					no
17. Often has trouble controlling temper.	yes					no
18. Often is not very tactful with others.	yes					no
19. Often does things which later regrets having done.	yes					no
20. Often behavior goes in cycles of good and bad.	yes	—				no
NUMBER CHECKS						TOTAL WEIGHTED SCORE
WEIGHTED VALUES						

Home Adjustment						
21. Often expresses strong dislike for home and family.	yes					no
22. Sometimes talks about running away from home.	yes					no
23. Often fears parents when something is wrong.	yes					no
24. Doesn't get along well with one or both parents.	yes					no
25. Parents often find fault with child's conduct.	yes					no
26. Parents often are too strict about minor matters.	yes					no
27. Parents often use corporal punishment (whipping).	yes					no

	Scale Values					
	1	2	3	4	5	6
28. There is evidence of parental neglect in home.	yes					no
29. Parents have little confidence in child.	yes					no
30. Parents often do not trust child.	yes					no
31. Parents sometimes play favorites among children.	yes					no
32. Parents make unfavorable comparisons of child.	yes					no
33. There is evidence of over-dominance by parents (do too much of child's thinking).	yes					no
34. There is evidence of over-indulgence by parents (do too much that child should be doing).	yes					no
35. There is evidence of excessive bad habits in home.	yes					no
36. Immediate family is broken (death, divorce, etc.).	yes					no
37. There is evidence of constant quarreling in home.	yes					no
38. Family lives in multiple family dwelling.	yes					no
39. Family lives in racially mixed neighborhood.	yes					no
40. Parents have little or no religious affiliations.	yes					no
NUMBER CHECKS						
WEIGHTED VALUES						

TOTAL WEIGHTED SCORE

Social Adjustment

41. Often is aggressive and hostile towards others.	yes					no
42. Often gets into physical fights with others.	yes					no
43. Often is a poor sport and a poor looser.	yes					no
44. Often plays mean tricks on others.	yes					no
45. Often has trouble making friends.	yes					no
46. Often has trouble keeping friends.	yes					no
47. Often is not very popular with boys own age.	yes					no
48. Often is not very popular with girls own age.	yes					no
49. Often lacks status and feels insecure with friends.	yes					no
50. Often doesn't carry on a pleasant conversation.	yes					no
51. Often plays with children younger than self.	yes					no
52. Often plays with children older than self.	yes					no
53. Often has bad and unacceptable manners.	yes					no
54. Often tries to be a "show-off" among friends.	yes					no
55. Often tends to have "stage fright" before a group.	yes					no

	Scale Values						
	1	2	3	4	5	6	
56. Often has difficulty finding things to do with self.	yes					no	
57. Often tends to be very selfish and self-centered.	yes					no	
58. Often is not a very good listener in conversation.	yes					no	
59. Often is dishonest and not very trustworthy.	yes					no	
60. Often does not attend Sunday school or church.	yes					no	
NUMBER CHECKS							TOTAL WEIGHTED SCORE
WEIGHTED VALUES							

School Adjustment

61. Often expresses a strong dislike for school.	yes					no	
62. Often is very sleepy or restless in school.	yes					no	
63. Often has difficulty expressing self in words.	yes					no	
64. Often seems afraid to speak-out in class.	yes					no	
65. Often has difficulty keeping "mind" on school work.	yes					no	
66. Often distracts other students in school program.	yes					no	
67. Often has difficulty doing school work.	yes					no	
68. Takes little or no part in co-curricular activities.	yes					no	
69. Gets along poorly with one or more teachers.	yes					no	
70. Parents often "nag" child about school work.	yes					no	
71. Seldom works hard or long on school assignments.	yes					no	
72. Quality of school work varies from day-to-day.	yes					no	
NUMBER CHECKS							TOTAL WEIGHTED SCORE
WEIGHTED VALUES							

Physical Adjustment

73. Generally is in rather poor health.	yes					no	
74. Has poor muscular control and coordination.	yes					no	
75. Teeth are often unclean; and is unkempt.	yes					no	
76. Often doesn't have much energy or "pep".	yes					no	
77. There is evidence of perceptual malfunctioning.	yes					no	
78. Has uncorrected poor vision or poor hearing.	yes					no	
NUMBER CHECKS							TOTAL WEIGHTED SCORE
WEIGHTED VALUES							

PROGRESS ASSESSMENT CHART 1

OF SOCIAL DEVELOPMENT

7th Edition

by

H. C. GUNZBURG, M.A., Ph.D., F.B.Ps.S.

.....

(*Name of Training Place*)

Name: ..... *Date of Birth*: ..... *Age*: .....

Address: .....

.....

Signature of Assessor: ..... *Date of Assessment*: .....

PURPOSE: P-A-C provides a visual check of progress in the four main areas of social development: Self-Help, Communication, Socialisation and Occupation. Statements referring to relevant skills and behaviour are listed in the P-A-C and achievements and deficiencies are thus pinpointed with some accuracy. The Diagram provides not only a visual record of present functioning but relates successes and failures to maturational levels. It should be compared with the Diagrams of previous assessments. Re-assessments indicate whether remedial education and training have been effective.

CONSTRUCTION: The skills are arranged in order of maturational development which facilitates a direct check of the level of achievement in different areas. The letters A to G indicate the approximate sequence of stages in development in particular areas.

SCORING: Generally speaking, credit should be given only if it has been established **by observation** that the child is competent in a particular skill. Statements in the areas of Self-Help and Socialisation refer to activities carried out 'naturally' and should be scored on the basis of available information. Most activities in the areas of Communication and Occupation are of the same kind, but there are a few items which generally have to be assessed by requesting the performance specified. In these cases the activity can be carried out but is not done routinely. These items are introduced by the word 'Can . . .' in the inventory of skills.

Shade heavily all areas in the Diagram representing 'successes'. Skills which have not yet been acquired should be shaded lightly and indicate areas in need of training and education. Items which cannot be assessed should be left blank. **Give full credits for items which have been supplanted by more skilled performances on higher levels by shading these areas heavily in the Diagram.** Reassessments should be repeated at regular six-monthly intervals.

GENERAL REMARKS: The assessment on this chart represents the first vital step towards **an individualised remedial programme** which is **based on the diagnosis of specific weaknesses.** Since the P-A-C- 1 identifies underdeveloped abilities in need of special attention, the assessment provides also an itemised teaching programme for further action. It will be necessary to establish whether a particular child is average, superior or backward in social attainments **compared with mentally handicapped children of the same age.** The norms of 'average number of social skills' attained by mentally handicapped children of various ages are shown in the **Progress Evaluation Index 1 (P-E-I 1)** which should be used in conjunction with the P-A-C 1.

IT IS A VIOLATION OF THE COPYRIGHT LAW TO TRANSLATE OR TO REPRODUCE THIS FORM BY DUPLICATING MACHINE OR IN ANY OTHER WAY.
COPYRIGHT 1963, 1965, H. C. GUNZBURG.

Name .....

SELF-HELP

Table Habits

1. Uses spoon when eating without requiring help .... A
2. Drinks without spilling, holding glass in one hand .... A
18. Uses fork without difficulty (food may be cut and prepared) .... A
19. Capable of helping himself to a drink .... B
34. Serves himself and eats without requiring much help .... B
51. Uses table knife for "spreading" butter, jam, etc. C
69. Uses table knife for "cutting" without much difficulty .... D
92. Eats with knife and fork, requires no help .... E
93. Pours liquids (tea, coffee, milk) from pot or container .... F
109. Uses knife for peeling fruit .... G

Mobility

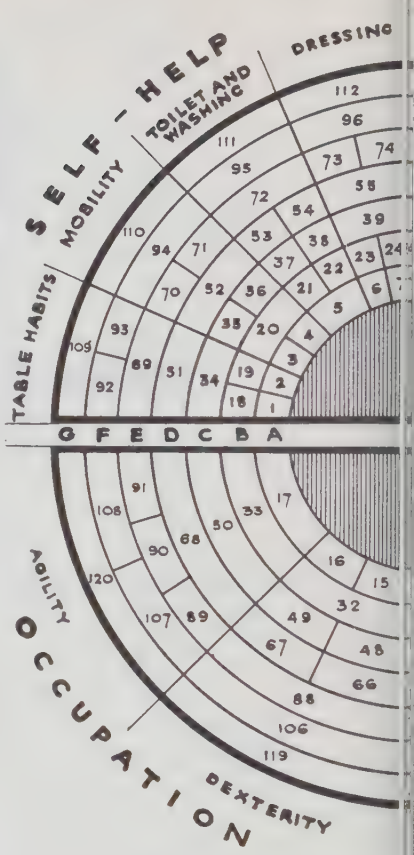
3. Walks upstairs, both feet together on each step .... A
4. Walks downstairs, both feet together on each step .... A
20. Uses play vehicle of some kind .... B
35. Walks upstairs, one foot per step, without supporting himself .... B
36. Walks downstairs, one foot per step, without supporting himself C
52. Goes to neighbours and places nearby .... D
70. Requires little supervision playing outside house, absent for one hour or more .... E
71. Roams about with others without need for much supervision .... E
94. Goes about neighbourhood unsupervised, but does not cross streets .... F
110. Goes about neighbourhood unsupervised, crosses streets .... G

Toilet and Washing

5. "Toilet-trained" with infrequent "accidents" .... A
21. Knows when he should go to the toilet and does so .... B
22. Dries hands adequately without much assistance .... B
37. Cares for himself at the toilet, cleans himself and washes hands C
38. Washes his hands with soap in an acceptable way C
53. Washes face more or less adequately (not necessarily behind ears) .... D
54. Brushes his teeth .... D
72. Brushes and combs hair .... E
95. Washes himself adequately and completely without much supervision .... F
111. Prepares everything for washing himself (e.g., runs bath and assembles what is needed, soap, towel) .... G

Dressing

6. Pulls off socks .... A
7. Assists in getting dressed (e.g., passes clothing) .... A
23. Removes *and* puts on simple articles of clothing .... B
24. Unbuttons accessible buttons .... B
39. Fastenes and adjusts his clothing (buttons, buckles, zips) C
55. Undresses at night with little supervision .... D
73. Dresses in the morning with little supervision .... E
74. Puts on most ordinary articles of clothing .... E
96. Ties bows and/or shoelaces .... F
112. Ties a tie or a hair ribbon .... G



COMMUNICATION

Language

8. Obeys simple instructions .... A
9. *Understands* orders containing: on, in, behind, under .. .. A
25. Relates experiences in a coherent way .... B
26. Sentences contain plurals, past tense, 'I', prepositions: above, below, etc. .... B
40. Comprehends simple questions and gives sensible answers C
56. Can define simple words .... D
57. Uses involved sentences containing: because, but, etc. .... D
75. Can execute "triple order", e.g. Put this....then....and afterwards .... E
97. Can understand directions: upper left, bottom right, etc. .... F
113. Can repeat a story without much difficulty .... G

COMMUNICATION—continu

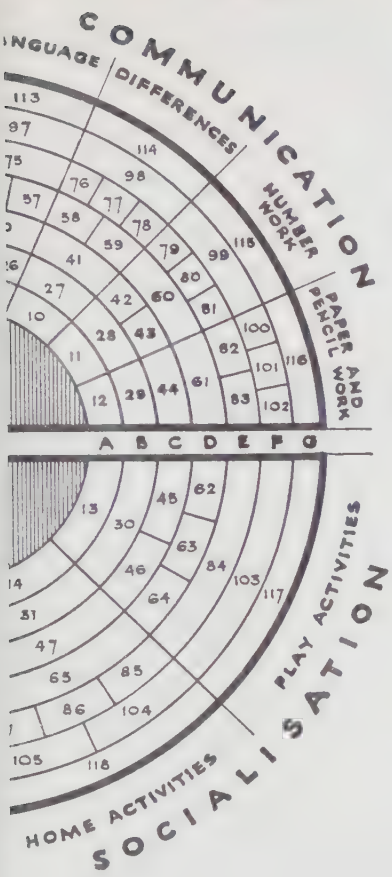
Differences

10. Can tell sex differences (e.g.,
27. Can discriminate colours by
41. Differentiates between short, l
58. Discriminates and names fou
59. Refers correctly to 'morning'
76. Tells 'left' and 'right' on him
77. Names the days of the week a
78. Understands difference betwe
98. Tells the time to quarter-hou
114. Associates time on clock wit

Number Work

11. Can differentiate correctly be
28. Understands the difference b
42. Can count mechanically ten
43. Can handle 'number situatic away') ....
60. Can arrange objects in order largest ....
79. Can count mechanically thirty
80. Can handle 'number situatio 'taking away') ....
81. Can recognize coins up to o quarter) ....
99. Can add pennies and half-pe nickels) ....
115. Can give change out of one s for a quarter) ....

Age .....



.n, boy, girl) .... A
... B
nall, heavy and light C
colours without mistake .... D
noon' .... D
eft arm, right ear) .. E
ses some days ... E
ek, minute-hour, etc. ... E
.... F
actions and events .. G

thing and *many* things .... A
and *many* things .. .... B
.... C
four (including 'taking
.... C
om the smallest to the
.. .. D
bjects .... E
13 or more (including
.... E
(in the U.S.A. up to a
.... E
the U.S.A. pennies and
.... F
he U.S.A. makes change
.... G

COMMUNICATION—continued

Paper and Pencil Work

12. Holds pencil and can imitate vertical and circular strokes ... . A
29 Can copy circles .... B
44. Draws primitive "man" showing head and legs C
61. Draws recognizable "men" and "houses" .... D
82. "Prints" his name and recognizes it among other printed words and names .... E
83. Can recognize 40 or more words of Social Sight—or Functional Vocabulary (in U.S.A.) .... E
100. "Writes" his name (in script) .... F
101. Reads simple instructions, e.g., on public transport (besides Social Sight Vocabulary) .... F
102. Addresses envelope in an acceptable manner .... F
116. Reads simple printed matter, e.g., Radio and T.V. Times (Guide) .. G

SOCIALISATION

Play Activities

13. Plays *in company* with others, but does not yet co-operate with others A
30. Waits "his turn," can "share" at times .... B
45. Plays co-operatively with others C
46. Enjoys entertaining others C
62. Plays competitive games, e.g., hide and seek, tag, etc. .... D
63. Acts out stories he has heard .... D
64. Sings, dances to music, plays records .... D
84. Plays simple table games, e.g. tiddly winks, dominoes, snakes and ladders, bingo, etc. .... E
103. Plays simple ball games with others, e.g. passing ball .... F
117. Plays co-operative team games and obeys rules .... G

Home Activities

14. Fetches and carries on request .... A
31. *Helps* in domestic tasks, e.g., clearing tables, sweeping, etc. .... B
47. Goes on simple errands outside the house C
65. Is sent into shops or stores, adult waits outside .... D
85. Is trusted with money on errands .... E
86. Goes to one shop or store and fetches specified items .... E
87. Takes on minor responsibilities .... E
104. Helps at home by going to several shops or stores to fetch specified items .... F
105. Carries out minor routine tasks without supervision, e.g., emptying waste paper basket, fetching water, milk, newspapers .... F
118. Carries out more complicated routine tasks without supervision, e.g., polishing shoes .... G

OCCUPATION

Dexterity (Fine Finger Movements)

15. Can string large beads .... A
16. Can unscrew lid with a twisting movement or turn door knob .... A
32. Can cut with scissors .... B
48. Can make constructive use of plasticine, building blocks, etc. C
49. Can cut out pictures, though not very accurately C
66. Can wind thread fairly evenly onto a spool .... D
67. Can build elaborate structures with suitable materials (bricks, construction kits, etc.) .... D
88. Can cut cloth with scissors .... E
106. Can pile papers, playing cards, etc., in a neat way .... F
119. Can cut very accurately around outlines .... G

Agility (Gross Motor Control)

17. Can kick ball without falling .... A
33. Can jump with both feet .... B
50. Can stand 'tip-toe' for 10 seconds C
68. Can skip on both feet .... D
89. Uses hammer correctly, girls begin sewing .... E
90. Can throw ball and hit target (1ft. x 1ft.), 1½ yds. away .... E
91. Uses 'playground' apparatus in fairly 'safe' and assured manner (swing, see-saw, ropes, etc.) .... E
107. Uses tools, kitchen utensils, garden tools .... F
108. Can balance on 'tip-toe' while bending forward .... F
120. Can balance on 'tip-toe' in crouched position .... G

PERSONALITY RECORD

This record form summarizes in convenient graph form various aspects of personality.

Some guidance on how to rate each personality aspect on a four-point scale has been provided but this guide need not be adhered to very strictly. It is often nearly impossible to "fit" behaviour and attitudes to definite descriptions and it may be preferable to rate simply on a four-point scale, where Point I represents the "normal" or socially most desirable behaviour and Point IV the behaviour which makes social adjustment most difficult. There is no need to keep to the four points only, and half-way or intermediate markings are quite in order. The "dots" representing ratings should be connected to obtain a graph indicating the degree of adjustment to the demands of the community.

	I	II	III	IV
TEMPERAMENT:				
I Always or nearly always even tempered.				
II Swings of mood, but keeps his temper most of the time.				
III Irritable and moody.				
IV Frequent temper outbursts.				
AMENABILITY:				
I Wishes to please people and is most willing.				
II Is helpful and cooperative fairly often.				
III Frequently uncooperative and unresponsive.				
IV Refuses actively to cooperate, becomes aggressive and destructive.				
REACTION TO CORRECTION:				
I Reacts reasonably and tries to improve.				
II Becomes anxious and/or cries.				
III Is annoyed and shows it (defiant, silent, rude, screams, violent, etc.).				
IV Appears to be unaffected.				
SOCIABILITY:				
I Is at ease with most people and responds readily.				
II Responds with some hesitation—attaches himself only to a few people.				
III Keeps to himself but is "accessible."				
IV Solitary, lives in world of his own.				
ATTITUDES TO ADULTS (OTHER THAN PARENTS) OR "AUTHORITY":				
I Consistently helpful and obliging.				
II Mostly satisfactory though at times rude, defiant, etc.				
III Unreliable and unpredictable—rare "first class behaviour."				
IV Defiant, challenging—pleases himself.				
EMOTIONAL MATURITY:				
I Easy and friendly, but undemanding relationships.				
II Is quite demonstrative and demanding.				
III Sulks, is jealous, has frequent ups and downs.				
IV Avoids affectionate relationships (even though he may want them).				
OTHER CHILDREN'S ATTITUDE TO HIM:				
I Quite popular and better liked than most.				
II Accepted by others, who are generally friendly to him.				
III Others take little or no notice of him.				
IV Disliked and rejected by most other children.				
TRUTHFULNESS:				
I Can be relied on to speak the truth.				
II Most of the times he can be believed.				
III Romances rather than tells lies.				
IV Frequently tells deliberate lies.				
HONESTY:				
I Quite honest and respects other people's property.				
II "Helps himself" and "forgets" to return things.				
III Pilfers occasionally.				
IV Is "light fingered."				
APPLICATION:				
I Active and applies himself reasonably well, eager.				
II Willing but needs constant prodding.				
III Cannot apply himself—restless, overactive.				
IV Inactive, slow, nearly at a standstill, ineffective, helpless.				
USE OF LANGUAGE:				
I Converses readily—chatters (even with a speech handicap).				
II Replies to questions and volunteers information occasionally.				
III Monosyllabic—may talk to others, but not to authority.				
IV Scarcely any verbal activity.				

P-A-C 1 is preceded by the **P**(rimary)-**P-A-C** Form and followed by **P-A-C- 2.**

An evaluation of an individual child's progress over the years can be made by the use of the **P-E-I 1** folders (Progress Evaluation Index).

SEFA (Publications) **Ltd.**
240 Holliday Street
Birmingham 1
ENGLAND

(Publications) Ltd.

National Association for Mental Health
39 Queen Anne Street
London W.1
ENGLAND

THE PRIMARY
PROGRESS ASSESSMENT CHART
OF SOCIAL DEVELOPMENT

(4th Edition)

by

H. C. GUNZBURG, M.A., Ph.D., F.B.Ps.S.

.....

(*Name of Training Place*)

Name: ..... *Date of Birth*: ..... *Age*.....

Address: .....

.....

Date of Assessment: ..... *Signature of Assessor*: .....

PURPOSE: The Primary P-A-C form has been designed to give a visual impression of general functioning on the lowest stages of social development. The most important skills acquired during the first years of normal physical, social and mental development are described under four headings: Self-Help, Communication, Socialisation and Occupation. Re-assessments indicate whether there has been development and progress during the period under review.

CONSTRUCTION: The skills are arranged in order of maturational development which facilitates a direct check of the level of achievement in different areas. The letters a to f indicate the approximate sequence of stages in development in particular areas.

SCORING: Since skills have been arranged in an ascending order of complexity, it can be generally assumed that mastery of the more advanced skills in a particular area will depend on having passed through the preceding steps. A good deal of time can therefore often be saved by ascertaining carefully the highest level of achievement in the sub-sections of Self-Help and Communication and to credit automatically skills on all levels preceding it in the same subsection. There are, however, exceptions, particularly in Socialisation and Occupation, and the assessor must ascertain social functioning by careful probing in both directions ("upwards and downwards") to establish a possible 'scatter'.

Shade heavily all numbered areas in the Diagram representing skills which are performed easily and/or frequently. Skills which have not yet been acquired should be shaded lightly. Areas which can not be assessed should be left blank. Assessments should be repeated at regular six monthly intervals.

Credit in full areas which have been supplanted by more skilled performances on higher levels by shading them heavily in the Diagram.

GENERAL REMARKS: The P-P-A-C form is suitable for the very young normal child and for the profoundly mentally handicapped child and adult. Later stages of social development are assessed with the help of the P-A-C 1 and P-A-C 2. The assessment will draw attention to specific weaknesses and should lead to remedial action where advisable.

IT IS A VIOLATION OF THE COPYRIGHT LAW TO TRANSLATE OR TO REPRODUCE THIS FORM BY DUPLICATING MACHINE OR IN ANY OTHER WAY.
COPYRIGHT 1966. H. C. GUNZBURG.

SELF-HELP

Name .....

Eating

1.	Sucks food well	a
2.	Shows recognition of food	a
18.	Puckers his mouth for food	b
19.	Takes semi-solids from spoon	b
37.	Uses fingers for eating but does not chew	c
38.	Rubs spoon across plate—puts it to mouth for licking	c
56.	Chews biscuits, rusks, etc.	d
57.	Prepares edible food by peeling (banana) or unwrapping without reminder being necessary	d
58.	Uses spoon (may spill some food)	d
76.	Drinks from cup unaided without spilling and holds it	e
77.	Eats unaided	e
106.	Uses a fork without difficulty (food can be cut and prepared)	f
107.	Capable of helping himself to a drink	f

Mobility

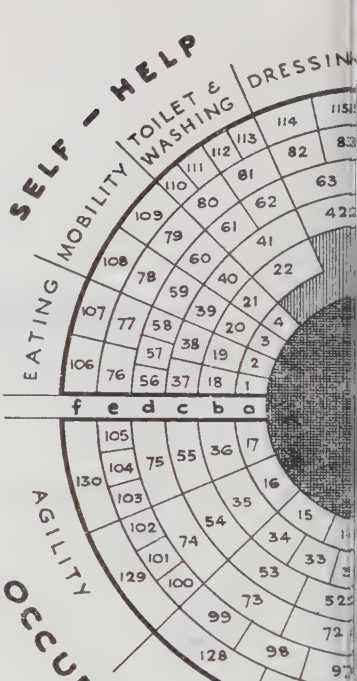
3.	Balances his head	a
4.	Sits with slight support	a
20.	Sits with fairly straight back and without support for short periods	b
21.	Bounces up and down	b
39.	Pulls himself upright—stands when holding on	c
40.	Gets about by creeping or crawling	c
59.	Devises means of getting objects he wants	d
60.	Walks with aid	d
78.	Walks upstairs, both feet together on each step	e
79.	Walks downstairs, both feet together on each step	e
108.	Runs	f
109.	Pushes or pulls large objects	f

Toilet and Washing

22.	Uses pot (or toilet chair) when placed on it	b
41.	Bowel movements are generally regular	c
61.	Has established some regularity during day time and waits a reasonable time before attended to	d
62.	Indicates when wet and/or dirty	d
80.	Bladder control during day, but has to go quite often	e
81.	"Toilet trained" with infrequent accidents	e
110.	Knows when he should go to the toilet	f
111.	Climbs on lavatory seat	f
112.	Attends to toilet needs without help except wiping	f
113.	Dries hands adequately without much assistance	f

Dressing

42.	Co-operates passively when being dressed	c
63.	Holds out arms and feet when being dressed	d
82.	Assists in getting dressed (e.g. passes clothing, etc.)	e
83.	Pulls off shoes, socks, gloves, mittens, etc.	e
114.	Removes *and* puts on simple articles of clothing	f
115.	Unbuttons accessible buttons	f



COMMUNICATION

From

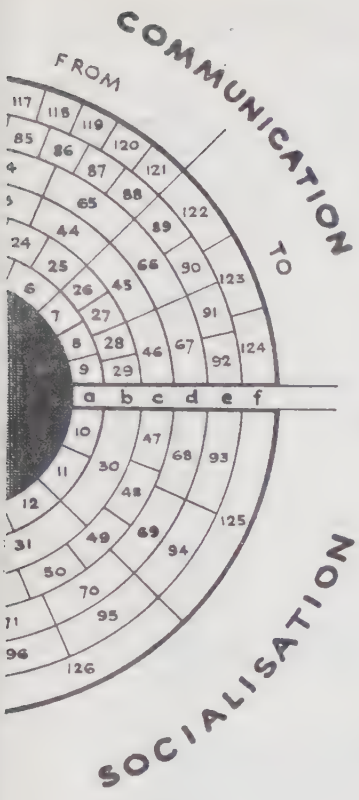
5.	Throaty noises, cries	a
6.	Coos	a
23.	Mmmm or ssss sounds	b
24.	Polysyllabic vowels—iii, rrr, etc.	b
25.	Two syllables—da-da, ba-ba, etc.	b
43.	One clear word	c
44.	Three to four clear words	c
64.	Incipient jargon (many intelligible words)	d
65.	Twenty single words	d
84.	Two word combinations—daddy go, bye car, etc.	e
85.	Three word sentences—want a drink, etc.	e
86.	Pronouns—me, my	e
87.	Refers to himself by his own name	e
88.	Uses names of familiar objects	e
116.	Constantly asks questions—What's that? What's this?	f
117.	Refers to himself as "I"	f
118.	Uses question form "Why . . . ?"	f
119.	Expresses feelings, desires, problems verbally	f
120.	Able to tell a story relates experiences in a coherent way	f
121.	Gives full name on request	f

COMMUNICATION—continued

To

7.	Listens to music	
8.	Searches for sound with eyes	
9.	Turns head to sound	
26.	Follows moving objects with e	
27.	Looks around him	
28.	Copies sounds when he hears	
29.	Responds to "No"	
45.	Hands objects on request	
46.	Responds to questions—e.g. Wh	
66.	Responds to directions—e.g. Co	
67.	Listens to rhythm and is interes	
89.	Understands simple requests—e	
90.	Listens to simple stories	
91.	Understands orders containing	
92.	Can differentiate correctly betw	
122.	Listens to more varied and lon	
123.	Listens and can be reasoned wi	
124.	Understands the difference betw	

Age .....



SOCIALISATION

10.	Expression shows awareness	a
11.	Reaches, smiles and vocalizes	a
12.	Squirms and responds to people	a
13.	Recognizes familiar people	a
30.	Shows interest in strangers by watching their movements	b
31.	Responds to facial expression, e.g. returns smile	b
47.	Plays 'patacake'	c
48.	Gets attention by making noises	c
49.	Wants adult approval for good behaviour	c
50.	Tries to make others laugh	c
51.	Shows affection	c
68.	Looks at mirror image with interest	d
69.	Claims possessions as own	d
70.	Shows objects and offers them	d
71.	Waves Bye-Bye	d
93.	Plays *in company* with others but does not yet cooperate with others	e
94.	Has learnt to respond to other people as they desire, e.g. keeping quiet even if only temporary	e
95.	Helps by fetching and carrying	e
96.	Is pleased when shown pictures in books	e
125.	Waits "his turn," can "share" at times	f
126.	Helps in domestic tasks, e.g. clearing table, sweeping, dusting, etc.	f

OCCUPATION

DEXTERITY (FINE FINGER MOVEMENTS)

14.	Hands are able to hold objects for short periods	a
15.	Hands are able to grasp objects when offered	a
32.	Transfers things from hand to hand	b
33.	Picks up small objects between finger and thumb	b
34.	Uses index finger to explore	b
52.	Marks with pencil or crayon	c
53.	Puts hand in container, grasps all objects	c
72.	Spontaneous scribble with crayon and pen	d
73.	Puts bricks, boxes, etc., upon another	d
97.	Strings large beads	e
98.	Unscrews lid or turns doorknob (this does not involve actual use of door)	e
99.	Pours water from one cup into another	e
127.	Cuts with scissors	f
128.	Handles breakable objects (e.g. crockery) reasonably well	f

AGILITY (GROSS MOTOR CONTROL)

16.	Tries to reach objects with hands but overshoots	a
17.	Manipulates objects	a
35.	Reaches for objects by leaning forward	b
36.	Throws objects to floor	b
54.	Looks for fallen objects by bending over	c
55.	Arranges two or more cubes or bricks in a row	c
74.	Jumps with both feet	d
75.	Throws ball intentionally without falling	d
100.	Picks up objects without falling	e
101.	Kicks ball without falling	e
102.	Manipulates doors, pulling and pushing them open	e
103.	Climbs on chair and can stand on it	e
104.	Seats himself at table	e
105.	Takes lid off and puts it back on box	e
129.	Jumps with both feet off bottom step without requiring support	f
130.	Stands on one foot for short periods	f

r dress?—if objects are in sight c

:tition of sounds d

er,' etc. e

ng and *many* things e

id *many* things f

PERSONALITY RECORD

This record form summarizes in convenient graph form various aspects of personality. Obviously it can only be used in the later stages of social development and it is a matter of judgement when to begin rating various personality aspects.

Some guidance on how to rate each personality aspect on a 4 point scale has been provided but this guide need not be adhered to very strictly. It is often nearly impossible to "fit" behaviour and attitudes to definite descriptions and it may be preferable to rate simply on a four point scale where Point I represents the "normal" or socially most desirable behaviour and Point IV the behaviour which makes social adjustment most difficult. There is no need to keep to the four points only, and half-way or intermediate markings are quite in order.

The "dots" or marks representing ratings should be connected to obtain a graph indicating the degree of adjustment to the demands of the environment.

TEMPERAMENT:
- I Always or nearly always even tempered.
- II Swings of mood, but keeps his temper most of the time.
- III Irritable and moody.
- IV Frequent temper outbursts.

AMENABILITY:
- I Wishes to please people and is most willing.
- II Is helpful and cooperative fairly often.
- III Frequently uncooperative and unresponsive.
- IV Refuses actively to co-operate, becomes aggressive and destructive.

REACTION TO CORRECTION:
- I Reacts reasonably and tries to improve.
- II Becomes anxious and/or cries.
- III Is annoyed and shows it (defiant, silent, rude, screams, violent, etc.)
- IV Appears to be unaffected.

SOCIABILITY:
- I Is at ease with most people and responds readily.
- II Responds with some hesitation—attaches himself only to a few people.
- III Keeps himself to himself but is "accessible."
- IV Solitary, lives in world of his own.

ATTITUDES TO ADULTS OR 'AUTHORITY' OTHER THAN PARENTS:
- I Consistently helpful and obliging.
- II Mostly satisfactory though at times rude, defiant, etc.
- III Unreliable and unpredictable—rare "first class behaviour."
- IV Defiant, challenging—pleases himself.

EMOTIONAL MATURITY:
- I Easy and friendly, but undemanding relationships.
- II Is quite demonstrative and demanding.
- III Sulks, is jealous, has frequent ups and downs.
- IV Avoids affectionate relationships (even though he may want them).

USE OF LANGUAGE:
- I Converses readily—chatters (even with a speech handicap).
- II Replies to questions and volunteers information occasionally.
- III Monosyllabic—may talk to others, but not to authority.
- IV Scarcely any verbal activity.

The P(rimary)-P-A-C form is followed by P-A-C 1 and P-A-C 2.

Obtainable from:

SEFA (Publications) Ltd.
240 Holliday Street
Birmingham 1
ENGLAND

National Association for Mental Health
39 Queen Anne Street
London, W.1.
ENGLAND

Die Fragen aus der zweiten Untersuchungsphase werden hier fortlaufend aufgeführt:

Name: Alter des Kindes:

Gebraucht das Kind zur Verständigung lieber Handbewegungen und Gesten als Worte, auch wenn es schon sprechen kann?

Starrt das Kind "durch" Personen oder läuft es "durch" sie durch als ob sie nicht da wären?

Spricht das Kind häufig mit sich selbst,und in welchen besonderen Situationen tritt das auf?

Weint es bei geringem (welchem) oder keinem ersichtlichen Anlaß?

Sind die Gefühle des Kindes leicht zu verletzten und wie äußert sich das?

Wie verhält sich das Kind, wenn es seinen eigenen Willen nicht durchsetzen kann?

Behandelt das Kind Personen wie Werkzeuge, d.h. wenn es einen Gegenstand nicht erreichen kann, nimmt es die Hand eines Erwachsenen und führt ihn zu dem Gegenstand? Dabei sieht es den Erwachsenen nicht an und spricht nicht.

Kommt es vor, daß das Kind plötzlich und unerwartet irgendwelche Laute ausstößt wie z.B. Brummen, Kreischen?

Spricht das Kind nicht mehr, obwohl es schon etwas die deutsche Sprache beherrschte? Wann trat dieses Verhalten zum ersten Mal auf?

Drückt es das, was es sagen möchte, nicht in Sätzen aus, obwohl es das beherrscht, sondern in einzelnen Worten?

Haben Sie manchmal das Gefühl, daß Ihr Kind unglücklich ist, ohne daß Sie einen Anlaß dafür finden können,und wie verhält es sich dann?

Kommt es vor, daß das Kind plötzlich und unerwartet aggressiv wird und dann z.B. andere Personen schlägt oder ihnen in die Finger beißt? Bitte schildern Sie eine solche Situation.

Kommt es vor, daß auch Ihr Kind vollkommen in sich selbst zurückzieht, so als ob es "in sich hinein horcht"?

Reagiert Ihr Kind manchmal auf eine Art und Weise, die Sie sehr verwundert, indem es z.B. lacht, wenn sich andere verletzen? Können Sie die Beispiele bitte schildern.

Hat das Kind eine Vorliebe dafür, Gegenstände oder Bilder immer wieder gleich anzuordnen oder aufzureihen?

Kann sich das Kind selber beschäftigen? Wenn nein, bitte schildern Sie die ersten Situationen, in denen Ihnen das aufgefallen ist.

Fällt es dem Kind schwer einzugestehen, daß es das Spielzeug eines Freundes kaputt gemacht hat? Wie verhält es sich dann?

Kaut das Kind an seinen Nägeln oder lutscht es am Daumen? Wenn ja, gibt es dafür besondere Anlässe,und in welchen Situationen tritt dies Verhalten auf?

Fällt es Ihnen manchmal auf, daß Ihr Kind besonders unruhig ist? Gibt es dafür besondere Anlässe und wenn ja, schildern Sie diese bitte.

Spielt es ungewöhnlich lange Zeit immer auf die gleiche Weise mit dem selben Spielzeug oder mit den selben Gegenständen?

Erscheint Ihr Kind wie unter Zwang auf Ordnung bedacht?

Kann Ihr Kind es nicht ertragen, wenn irgendwelche Dinge in seiner Umgebung oder der Ablauf bestimmter Handlungen geändert werden? Schildern Sie, wie es auf die Veränderungen reagiert.

Schaut das Kind Sie manchmal mit erstarrtem Gesicht an,und in welchen Situationen fällt Ihnen das auf?

Reagiert Ihr Kind manchmal nicht, wenn Sie es ansprechen, und in welchen Situationen fällt es Ihnen auf?

Möchte Ihr Kind immer wieder Baby spielen und wie versucht es diesen Wunsch zu verwirklichen?

Fängt Ihr Kind manchmal unerwartet an zu schreien und welche Anlässe liegen dem Schreien zugrunde? Bitte schildern Sie die Situationen kurz.

Schämt sich Ihr Kind, nackt vor Ihnen herumzulaufen oder sich z.B. von Ihnen nach dem Baden abtrocknen zu lassen? Sind Ihnen andere Gegebenheiten aufgefallen, in denen das Kind seinen Körper nicht gerne zeigt oder berühren läßt?

Wirkt Ihr Kind manchmal apathisch und in welchen Situationen ist Ihnen das aufgefallen?

Beobachten Sie, daß Ihr Kind beim Spiel Schaukelbewegungen macht?

Fällt es dem Kind manchmal schwer, geschickt mit seinen Händen umzugehen? Wenn ja, können Sie bitte schildern, bei welchen Situationen es Schwierigkeiten hat?

Wackelt das Kind beim Einschlafen mit dem Kopf?

Zeigt das Kind wenig Ausdauer beim Spiel oder anderen Tätigkeiten?

Kann das Kind es nicht ertragen, wenn man ihm einen Wunsch nicht gewährt und wie reagiert es dann?

Lutscht Ihr Kind an allem, was es erreichen kann?

Liegt es manchmal im wachen Zustand ganz reglos in seinem Bett?

Näßt Ihr Kind ein, und wenn ja, nachts
tags
oder nachts und tags?
Ist dies regelmäßig zu verzeichnen, oder war Ihr Kind schon einmal trocken und hat dann erst wieder eingenäßt?
Wenn ja, gibt es dafür einen besonderen Anlaß, z.B. die Geburt eines weiteren Kindes?

Ist das Kind motorisch unruhig, z.B. zappelt es mit den Beinen, wenn es auf einem Stuhl sitzt oder wie äußert sich die Unruhe sonst?

Hat das Kind Angst vor z.B. Flugzeugen, Krankenhäusern?
vor z.B. Ärzten, Uniformierten?
vor z.B. dunklen Räumen (kann z.B. nicht in dunklen Räumen einschlafen)

Bitte schildern Sie, wie sich die Angst beim Kind äußert und geben Sie bitte genau an, vor welchen Dingen Ihr Kind speziell Angst hat.

Versucht das Kind sich selbst Schaden zuzufügen, indem es z.B. sich selbst in den Augen bohrt, sich am Körper wund kratzt, sich selbst in die Hand, den Arm oder Finger beißt?

Beklopft Ihr Kind Gegenstände abwechselnd mit den einzelnen Fingern?

Reibt es sich die Hände und verschränkt es die Hände ineinander?

Dreht es häufig für längere Zeit hintereinander Gegenstände in der Hand?

Hat das Kind Eßgewohnheiten wie z.B. Würgen, Stopfen und Weigerung zu schlucken?

Ißt das Kind lieber mit den Fingern als mit Besteck?

Zeigt sich das Kind auf der einen Seite sehr waghalsig und ist es auf der anderen Seite unbegründet ängstlich? Können Sie dafür Beispiele nennen?

Gerät das Kind manchmal in Zornesausbrüche bzw. in Wut? Gibt es dafür besondere Anlässe oder treten diese Ausbrüche ganz unvermutet für Sie auf?

Drängt das Kind nach Anerkennung von Ihnen oder anderen Personen für gute Leistungen und wie stellt es das an?

Geht das Kind auf Empfindungen anderer ein, z.B. indem es ein Lächeln erwidert? Gibt es Situationen, in denen es dem Kind schwer fällt, auf andere einzugehen und welche sind das?

Wie versucht das Kind seine Gefühle für andere verständlich zu machen, z.B. wenn es jemanden mag beziehungsweise nicht mag? Ist es für Sie manchmal schwierig, die Gefühle des Kindes zu erkennen? Wann fällt es Ihnen besonders schwer?

Kann das Kind auf die Wünsche anderer, z.B. für einen Moment ruhig zu sein, eingehen? Bei welchen Wünschen fällt es ihm schwer?

Schaut Sie das Kind manchmal verstört an, wenn Sie es ansprechen? Tritt diese Reaktion des Kindes bei besonderen Anlässen, z.B. wenn Sie laut sprechen oder schimpfen auf oder ist diese Reaktion unabhängig davon?

Klammert sich das Kind an die Mutter oder eine andere Person aus der Familie? Tut es das nur in besonderen Situationen, z.B. wenn es sich fürchtet oder auch sonst?

Wie reagiert Ihr Kind, wenn Sie es strafen? Bitte schildern Sie kurz, auf welche Art und Weise Sie es strafen. Haben Sie manchmal das Gefühl, daß es Sie bewußt zur Strafe herausfordert?

Haben Sie das Gefühl, daß sich das Kind manchmal noch nicht genügend geliebt und akzeptiert in der Familie fühlt? Können Sie Situationen schildern, in denen Sie dies bemerkt haben?

Wie reagiert das Kind auf Zärtlichkeiten und gibt es hier Unterschiede bei den einzelnen Personen?

Drückt Ihr Kind manchmal Ablehnung gegenüber zu Hause und der Familie aus? Wenn ja, welchem Familienmitglied gegenüber und wie drückt sich das aus und in welchen Situationen?

Droht das Kind manchmal von zu Hause fortzulaufen und tritt das nur nach bestimmten Ereignissen auf, z.B. daß Sie ihm etwas nicht geährt haben?

Fürchtet sich das Kind vor den Eltern, wenn es etwas "angestellt" hat,und bei welchen Handlungen des Kindes kommt das vor? Wie äußert sich dies?

Weint das Kind lange, wenn Sie sich einmal für kurze Zeit von ihm entfernen?

Wie verhält sich das Kind bei gemeinsamen Spielen (Glücksspielen, Gesellschaftsspielen)
a) gegenüber Erwachsenen?
b) gegenüber Kindern?
Bekommt es z.B., wenn es verliert, Zornesausbrüche und wirft mit dem Spielzeug durch die Gegend?

Hat das Kind Freunde und wie hat es diese kennengelernt?

Wie versucht das Kind die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken
bei Kindern (indem es z.B. das Spielzeug wegnimmt)
bei Erwachsenen (z.B. bei Aufräumen helfen)?

Was unternimmt das Kind, um seine Spielkameraden wiederzusehen?

Wie versucht das Kind seinen eigenen Willen bei Kindern, Erwachsenen, durchzusetzen?

Bevorzugt das Kind eine bestimmte Altersklasse und ein bestimmtes Geschlecht bei seinen Spielkameraden?
Wenn ja, wie verhält es sich im Kontakt mit den weniger bevorzugten Spielgruppen?

Wird das Kind ängstlich, wenn sich ihm
Kinder
Erwachsene zuwenden und wie äußert sich das beim Kind?

Spielt das Kind gerne mit anderen zusammen oder spielt es in einem gemeinsamen Spiel, z.B. gemeinsam einen Bauernhof bauen, innerhalb der Kindergruppe für sich allein?

Zeigt das Kind Interesse Fremden gegenüber, indem es sie mit den Blicken verfolgt bzw. anspricht? Besteht ein Unterschied in seinem Verhalten, wenn einer der Familienmitglieder dabei ist?

Ist das Kind nicht gerne in Gesellschaft von Erwachsenen/ Kindern?
An welchem Verhalten des Kindes merken Sie das?
Sind Ihnen vielleicht besondere Ereignisse aufgefallen, z.B. daß die älteren Kinder das Kind häufig verhauen oder hänseln, die das beim Kind bewirkt haben könnten?

Ist das Kind anderen gegenüber distanzlos, z.B. setzt es sich jedem auf den Schoß? Schildern Sie bitte, wie es sich Fremden gegenüber verhält.

Wie macht das Kind sein Interesse an Menschen und Dingen seiner Umwelt deutlich?

Sind Ihnen vielleicht noch andere Verhaltensweisen Ihres Kindes aufgefallen, die hier nicht erwähnt wurden?
Wenn ja, welche?

A 3

Art der Unterbringung der Kinder vor der Adoption		Dauer der Heimaufenthalte
vietnamesische Kinder		
Fall 1:	2 Heime; 2.-R. Taylor	gleich nach der Geburt 2 Mon. im 1.H.; 9 Mon.bei R. Taylor, insges. 11 Mon.
Fall 2:	1 Heim, städt. Krankenhaus; Intensivstation von TdH.	gl.n.Geb. einige Monate im Heim; die Monate bis zur Abreise im TdH-Haus; insges. 12 Monate.
Fall 3:	1 Heim; 1 Pflegefam.	4-5 Mon. im Heim; letzten 3 Mon. in Pflegefam., insges. 8 Mon. (1 Mon. zu Hause?)
Fall 4:	nichts	
Fall 14:	2 Heime	soll als Säugling im Saigoner Waisenhaus abgegeben worden sein
Fall 7:	1 Heim	
Fall 18:	1 Heim	
Fall 10:	1 Heim; Krankenstat.	gleich n. Geb., insges. 2 Jahre
Fall 11:	1 Heim	gleich n. Geb., insges.10 Mon.
Fall 20:	2 Heime	gleich n. Geb., insges.1;1 Jahre
Fall 13:	2 Heime; 2.-R. Taylor	gl.n.Geb.; 1. Heim = einige Wochen, ca. 7 Mon. bei R.Taylor, insges. 1 Jahr
Fall 5:	2 Heime	gl.n.Geb., insges. 9 Monate
koreanische Kinder		
Fall 17:	1 Heim; 1 Pflegefam.	mit 3 Mon. ins Heim - ca. 1 Jahr lang; letzten 4 Mon. bei Pflegefam.
Fall 6:	gl.n.Geb.Kinderklinik	gl.n.Geb. 5 Mon.Kinderklinik
Fall 8:	1 Heim; 1 Pflegefam.	gl.n.Geb. 5 Mon. Heim; 4 Mon. Pflegefam.
Fall 16:	1 Heim; 1 Pflegefam.	mit 3 Mon. zu "Holt", nur kurz; 4 Mon. Pflegefam.
Fall 9:	ohne Angabe	ohne Angabe
Fall 19:	1 Heim (Holt); Pflegemutter	3 Mon. bei Holt; bis zur Abreise Pflegemutter

Fall 12:	1 Heim (Holt)	mit 3;4 Jahren ins Heim; 11 Mon. bei Holt
Fall 15:	2 Heime; 2.=Holt	mit 3 Mon. ins 1. Heim - 1;6 Jahre lang 4 Mon. bei Holt insges. 1;10 Jahre

Alter der Kinder am 1.11.1974		Dauer des in-der-Familie-seins am 1.11.1974
vietnamesiche Kinder		
Fall 1:	3;2 Jahre	2;3 Jahre
Fall 2:	1;6 Jahre	4 Monate
Fall 4:	3 Jahre	1;10 Jahre
Fall 14:	2;7 Jahre	1;9 Jahre
Fall 7:	2;7 Jahre	1;11 Jahre
Fall 18:	3;2 Jahre	2;1 Jahre
Fall 10:	4;8 Jahre	2;8 Jahre
Fall 11:	2;9 Jahre	1;11 Jahre
Fall 20:	3;3 Jahre	2;2 Jahre
Fall 13:	4;4 Jahre	3;4 Jahre
Fall 5:	1;3 Jahre	4 Monate
Fall 3:	4;1 Jahre	3;2 Jahre
koreanische Kinder		
Fall 17:	4;2 Jahre	2;7 Jahre
Fall 6:	2;8 Jahre	2;4 Jahre
Fall 8:	2;11 Jahre	2;2 Jahre
Fall 16:	2 Jahre	1;5 Jahre
Fall 19:	3;4 Jahre	2 Jahre
Fall 12:	4;9 Jahre	5 Monate
Fall 15:	4 Jahre	1;11 Jahre
Fall 9:	3;6 Jahre	1;3 Jahre

Das Durchschnittsalter der Kinder am 1.11.1974 betrug:

insgesamt: etwa 3;3 Jahre
Vietnam : " 3 Jahre
Korea : " 3;6 Jahre

Der durchschnittliche Familienaufenthalt betrug:

insgesamt: etwa 2;2 Jahre
Vietnam : " 2;4 Jahre
Korea : " 1;8 Jahre

Anzahl der Kinder (aufgegliedert nach leiblichen und Adoptivkindern)

Fall:	1	2	17	3	4	5	6	14	8	16
leibl.	2	-	-	4	-	1	1	2	-	-
zusätzl. Adoptivkind	-	1	-	1	1	-	1	-	1	-

Fall:	7	9	18	10	19	11	12	20	15	13
leibl.	1	1	-	3	2	6	2	2	2	1
zusätzl. Adoptivkind	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-

Bei dieser Aufzählung sind die jeweils untersuchten Adoptivkinder nicht mitberechnet.

Folgendes Familienbild ergibt sich hinsichtlich der Verteilung der Kinder pro Familie, die untersuchten Adoptivkinder mit eingerechnet:

Anzahl der Kinder pro Familie + untersuchter Adoptivkinder	Häufigkeit
1	2
2	8
3	7
4	-
5	1
6	1
7	1

Daraus ergibt sich, daß sechs Familien nur Adoptivkinder haben, sieben Familien zwei Adoptivkinder und zwei Familien die Adoptivkinder als einzige Kinder haben und elf Familien ein oder mehrere leibliche Kinder mit einem Adoptivkind. Die Kinderzahlstärke liegt bei zwei Kindern, d.h. zur Hälfte nur Adoptivkinder und zur anderen Hälfte ein leibliches und ein Adoptivkind.

a) Altersabstand zwischen Adoptivkind und nächsthöherem Kind

	Häufigkeit
1	7
2	
3	3
4	
5	
6	
7	
8	1
8	1
0	5

Bei fünf Kindern beträgt der Altersunterschied kein ganzes Jahr; bei sieben Kindern ein Jahr; bei drei Kindern drei Jahre und bei zwei Kindern über sieben Jahre.

b) Es sind nur 17 Familien in der Auszählung, da zwei Familien nur das Adoptivkind haben und somit auch kein Geschwisteraltersabstand zu ermitteln ist. Eine Familie hat noch ein Kind in der Familie, was drei Jahre jünger ist als das Adoptivkind. Es ist die einzige Familie, die zuerst ein Kind adoptiert hat und dann noch ein leibliches Kind bekommen hat. Ein weiteres Kind bildet eine Ausnahme hinsichtlich der Geschwisterposition, da sie das mittlere Kind innerhalb der Familie ist.

Geschlecht bezüglich des nächsten Kindes	
unterschiedlich	gleich
9	8

Hier fallen auch wiederum die Familien, die nur ein Kind haben, heraus, sowie die Familie, die noch ein leibliches jüngeres Kind bekam.

A 7

a) Sozioökonomische Daten

Beruf des Vaters

Lehrer	8	
Dipl.-Ing.	2	
Kaufmann	2	
Fachschulausbildung	4	
Sonstige akademische Vorbildung	4	

Beruf der Mutter

Lehrerin	7	
Sonst. akadem.	1	
Fachschulausb.	3	
Abgeschlossene Lehre	4	
Kein Beruf oder Ausbildung	4	
Sonstiges	1	(Sängerin)

b) Religionszugehörigkeit

6 E	ohne
2 E	V: ohne, M: ev.
3 E	rk.
6 E	ev.
3 E	V: ev., M. rk.

Einwohnerzahl

1.000.000	6
100.000	10
50.000	1
5.000	3

Zielsetzung des Interviews

1. Informationen über die Vorgeschichte des Kindes hinsichtlich Heim und Familie.

2. Art und Ausprägungsgrad der Verhaltensstörungen zum Zeitpunkt des Familieneintritts und zum Zeitpunkt der Untersuchung.

3. Verhaltensweisen der Mutter (Eltern) hinsichtlich der Verhaltensstörungen des Kindes und die Veränderungen der Verhaltensweisen von Mutter und Kind.

4. Die Empfindungen und das Erleben der kindlichen Verhaltensstörungen für die Mutter.

Ist Ihr Kind in der Heimat ausgesetzt worden?
Wissen Sie irgend etwas über das frühere Familienleben des Kindes?
Wie groß war das Heim, in dem sich Ihr Kind vor der Adoption aufhielt?
Wie war die ärztliche Versorgung?
Hatten die Kinder in dem Heim eine Bezugsperson?
Wie waren ihre Schlafstätten?
Gab es Kindergruppen, in denen die Kinder für einander verantwortlich waren?
Welche sonstigen Infos haben Sie über die Vergangenheit des Kindes?

Zeigte das Kind selbststimulierende Verhaltensweisen? (wie Kopfwackeln, Onanie mit den Fingern anhaltend).
War dieses Verhalten von Anfang an zu beobachten?
Trat dieses Verhalten erst nach einigen Tagen, Wochen, Monaten auf?
Wie häufig trat das Verhalten auf?

Wie haben die Mütter auf dieses Verjalten reagiert?
Wie wirkte sich dieses Verhalten der Mutter auf das Kind aus?
Tritt dieses Verhalten heute noch auf? Bes. Situationen.
Wie reagiert die Mutter heute darauf?
Hat sich in ihrem Verhalten etwas verändert?
Welche Beweggründe hatte die Mutter, ihr Verhalten zu verändern?

Wie sind die Schlafgewohnheiten des Kindes?
Ist es häufig nachts unruhig?
Hat es Angstträume?
Schreit es nachts auf oder weint?
Haben sich die Schlafgewohnheiten oder Schwierigkeiten verändert?
Worauf führt die Mutter das zurück?
Wie verhält sich die Mutter in diesen Situationen?
Welche Wirkung hat das Verhalten der Mutter auf das Kind?

Wie hat sich das Kind kurz nach seiner Adoption der Mutter gegenüber verhalten?
Wie den Geschwistern und dem Vater gegenüber?
Wie ist die Mutter auf dieses Verhalten des Kindes eingegangen und wie hat das Kind dies aufgenommen?
Verhält sich die Mutter heute bei denselben Schwierigkeiten dem Kind gegenüber anders?
Welche Beweggründe liegen dafür vor?

Zeigt das Kind Ängste gewissen Situationen gegenüber?
Wie äußert sich die Angst des Kindes?
Wie reagiert die Mutter darauf und wie wirkt sich dies auf das Kind aus?

Hat sich das Verhalten des Kindes gegenüber den angstauslösenden Reizen geändert?
Worauf führt die Mutter das zurück?

Sind den Eltern weitere Besonderheiten im Verhalten des Kindes aufgefallen?
Wie verhalten sich die Eltern in diesen Situationen?
Wie verändert sich daraufhin das Verhalten des Kindes?

Gibt es besondere Situationen, in denen sich schon überwundene Verhaltensweisen wieder beleben?

Wie haben Sie diese Schwierigkeiten empfunden?
Hat sich in diesem Empfinden mittlerweile etwas verändert?
Worauf führen die Mütter dies zurück?

Die folgenden Seiten sind dazu gedacht, Sie mit den wichtigsten Grundlagen der Lerntheorie vertraut zu machen und anhand von Beispielen aufzuzeigen, wie sich diese Gesetzmäßigkeiten bei konkreten Verhaltensweisen auswirken.

Die Lerntheorie geht davon aus, daß fast alles, was der Mensch tut, von ihm gelernt worden ist, auch wenn Prädispositionen vererbt werden, so z.B. die Möglichkeit sprechen zu lernen, indem die physiologischen Voraussetzungen dafür vererbt werden. Sprechen lernt das Kind aber erst dadurch, daß die Umwelt mit ihm spricht und es dadurch die Möglichkeit erhält, Klänge akustisch aufzunehmen und zu versuchen, diese nachzuahmen.

Die Lernforschung bemüht sich seit Jahren um ein immer genaueres Wissen über die Lernprozesse, die zum Erwerb von Verhaltensweisen - seien es nun erwünschte oder als gestört geltende - führen. Diese Lernprinzipien wenden alle Eltern mehr oder weniger bewußt an.

Diese Ergebnisse macht sich die Verhaltenstherapie zunutze und sagt: Wenn nachgewiesen werden kann, durch welche Bedingungen ein unerwünschtes Verhalten zustande kommt, d.h. gelernt wird, ist es auch möglich, durch lernpsychologisch begründete Techniken unerwünschte Verhaltensweisen zu verlernen.

Im Gegensatz zum Arzt, der jedes gebrochene Bein schienen wird, damit es heilen kann, unabhängig vom Alter, von der Familienstruktur und anderen Umweltbedingungen, muß der Therapeut für jeden einzelnen Klienten herausfinden, warum ein bestimmtes Verhalten des Kindes, z.B. Wutanfälle, immer wieder auftritt und warum das Kind nie gelernt hat, seine Wünsche anders durchzusetzen.

Um das Verhalten des Kindes näher zu erklären, ist es erst einmal wichtig, das Kind innerhalb der Familie kennenzulernen, um zu sehen, wie Eltern und Geschwister auf das Kind reagieren und das Kind auf jedes der Familienmitglieder.

Sind genügend Informationen vorhanden, muß gemeinsam mit den Eltern der Therapieplan und die sich aus einer Behandlung ergebenden Veränderungen besprochen werden. Das ist nicht immer ganz unproblematisch. Benutzt etwa ein Kind ein auffälliges Verhalten, um Zuwendung und Aufmerksamkeit der Eltern zu erzwingen, so muß einmal das Verhalten des Kindes abgebaut werden und gleichzeitig eine neue Möglichkeit, die gewünschte Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten, aufgebaut werden. Wenn die Therapie selbst durchgeführt wird, ist die Mitarbeit der Eltern ganz besonders wichtig. Da sie die meiste Zeit mit dem Kind zusammen sind, ist es notwendig, daß sie aktiv mit dem Therapeuten zusammenarbeiten und seine Therapievorschläge durchführen.

Viele Dinge, die Eltern tun, haben Ergebnisse, die von ihnen gar nicht beabsichtigt sind. Selbst sehr wohlmeinende Eltern können einem Kind unbeabsichtigt beibringen, sich schlecht zu benehmen, zu stehlen, zu jammern und zu schreien. Wie aber wird nun soziales Verhalten gelernt? Jegliches Lernen läßt sich verstehen und erklären durch zwei verschiedene Lernarten. Die eine könnte man als "Signallernen" bezeichnen, die andere als "Lernen am Erfolg". Wie funktionieren nun diese Arten des Lernens?

Signallernen:

Zunächst ein Beispiel: Ein Kind, was nie Angst vor Hunden hatte, wird eines Tages von einem Hund gebissen, so daß es sehr schmerzt. Das Kind bekommt Angst und läuft davon. Von nun an macht das Kind einen großen Bogen um jeden Hund, weil es nun Angst vor Hunden hat. Das Sehen eines Hundes

reicht nun aus, daß das Kind angsterfüllt davonläuft. Der Hund wird so zum Signal für das Kind, Angst zu bekommen und davonzulaufen. Die Angst und das Davonlaufen können sich nun auch ausweiten auf alles, was einem Hund ähnlich ist, z.B. auch auf ähnliche Tiere oder Bilder von Hunden. Diese Art des Lernens kommt sehr häufig vor, wenn Angst gelernt wird, jedoch nicht nur bei Kindern, auch bei Erwachsenen.

Lernen am Erfolg:

Positive Verstärkung

Zunächst wieder ein Beispiel: Eine Mutter nimmt ihre 6jährige Tochter zum Einkaufen mit. Unterwegs äußert das Kind den Wunsch, die Mutter möge ihm ein Eis kaufen. Die Mutter lehnt jedoch ab. Daraufhin beginnt das Kind zu nörgeln und zu quengeln. Auf die Dauer wird der Mutter das Verhalten des Kindes so unerträglich, daß sie nachgibt. Um Ruhe zu haben, kauft sie dem Kind nun ein Eis. Für das Kind hatte das dauernde Quengeln und Nörgeln den Erfolg, daß es ein Eis bekam. Die Folge ist, daß das Kind nun häufig beim Einkaufen mit der Mutter quengeln und nörgeln wird, um ein Eis oder etwas anderes zu bekommen. Der Erfolg hat es bestärkt. So erzieht die Mutter ihr Kind also unbeabsichtigt zum Nörgeln und Quengeln, wenn es seine Wünsche durchsetzen will, da sie das Kind immer wieder verstärkt.

In diesem Beispiel haben wir gesehen, wie die Mutter das Kind für sein dauerndes Quengeln mit einem Eis belohnt. Eine solche Belohnung nennen wie eine "positive Verstärkung". Das Eis war in diesem Fall der positive Verstärker. Verstärken wir das Verhalten eines Kindes, wird das Kind eben dieses Verhalten in Zukunft häufiger zeigen. Als Verstärker wenden wir dabei Nahrung (z.B. Eis), Spielsachen, Geld oder Ähnliches an. Doch es gibt noch andere Verstärker, die weitaus wirkungsvoller sind als diese materiellen Belohnungen.

Einer der mächtigsten Verstärker für ein Kind ist die Liebe, das Interesse und die Aufmerksamkeit seiner Eltern. Solche Verstärker nennen wir soziale Verstärker. Verstärkt und damit in Zukunft häufiger auftreten werden solche Verhaltensweisen, die dem Verstärker unmittelbar vorausgehen. Wenn eine Mutter ihr Kind jedesmal lobt - und zwar sofort - wenn es sein Spielzeug weggeräumt hat, so ist zu erwarten, daß es sein Spielzeug auch in Zukunft wegräumt. Dabei genügt eine einzige Verstärkung nicht. Um dem Kind wirklich beizubringen sein Spielzeug wegzuräumen, muß die Mutter daran denken, diese Handlung sehr oft zu verstärken.

Wenn ein Verhalten nicht hin und wieder (auch wenn es bereits gelernt ist) verstärkt wird, so wird es mit großer Wahrscheinlichkeit seltener werden. Positive Verstärker sind nicht nur notwendig, um jemanden ein neues Verhalten beizubringen, sondern auch um solche Verhaltensweisen, die schon gelernt sind, zu festigen.

Löschung:

Wird eine Handlung niemals verstärkt, so wird sie geschwächt oder seltener. Wird ein Kind nie dafür gelobt, daß es sein Spielzeug wegräumt, so wird dieses Verhalten immer weniger auftreten, d.h. es wird gelöscht.

Unter Löschung versteht man, daß durch den Entzug oder die Verweigerung eines sonst gegebenen positiven Verstärkers eine Verhaltensweise seltener auftritt und zum Schluß gar nicht mehr auftritt. Auf diese Art und Weise kann man erreichen, daß unerwünschte Verhaltensweisen nicht mehr auftreten. Dies erreicht man aber nur, indem man besonders konsequent ist, d.h. die Belohnung in jedem Falle verweigert. Ist man inkonsequent und gibt die Belohnung manchmal, so hat dies zur Folge, daß das unerwünschte Verhalten weiterhin auftritt.

Bestrafung:

Wie die meisten Eltern wissen, ist die Bestrafung eine weitere Möglichkeit, Verhalten zu schwächen. Bestrafen hat jedoch den Nachteil, daß es nur eine kurze Zeit hilft. Kurze Zeit nach einer Tracht Prügel kann das Kind schnurstracks zurückkehren und das gleiche unerwünschte Verhalten wieder zeigen. Neben dieser Tatsache ist der Gebrauch von Strafe wesentlich wirkungsvoller, wenn gleichzeitig ein erwünschtes Verhalten verstärkt wird. Bleibt man bei dem Eisbeispiel, so wäre es wirkungsvoll, wenn die Mutter das Quengeln ignorieren würde, jedoch die erwünschte Verhaltensweise nicht während des Einkaufens zu quengeln, mit einem Eis zu belohnen. Bestrafen allein ist einfach keine wirkungsvolle Art, um ein Kind zu erziehen.

Für ein Kind ist die sofortige Belohnung die wirkungsvollste. Bei der Benutzung von Verstärkern wird von Eltern am häufigsten der Fehler gemacht, daß sie nach einer Handlung des Kindes zu lange warten, bevor sie es verstärken. (Das gleiche gilt auch für Bestrafungen.) Um Belohnungen am wirkungsvollsten einzusetzen, sollen Eltern das erwünschte Verhalten sofort nach seinem Auftreten verstärken. Das zweite Problem, das viele Eltern bei der Anwendung von Verstärkern haben, ist die Tatsache, daß sie erwünschte Verhalten als gegeben hinnehmen. Erwünschte Verhaltensweisen sollten nicht selbstverständlich hingenommen werden, sondern sie sollten verstärkt werden.

Verhaltensformung:

Viele Dinge, die Sie ihrem Kind beibringen, sind viel komplizierter als eine einfache Handlung. Doch die meisten der komplizierten sozialen Verhaltensweisen können in kleine Schritte aufgelöst werden. So ist für ein Kleinkind "Pullover-anziehen" der letzte Schritt in einer langen Reihe von Schritten. So wird das Kind erst einmal probieren, in

die Ärmel mit den Händen hereinzuschlüpfen, dann, daß es jeweils die andere Hand zur Hilfe nehmen muß, um die Ärmel hochzuziehen und später, daß es mit beiden Händen den Pullover über den Kopf stülpen muß. Anstatt erst eine Belohnung am Ende zu geben, sollten die Verstärker jedem kleinen Schritt direkt folgen und fortlaufend gegeben werden.
Als Eltern haben Sie drei Schwierigkeiten zu lösen:
1. Wie können Sie das Problem in kleinere Schritte aufteilen?
2. Wie verstärken Sie das erwünschte Verhalten so schnell als möglich?
3. Welche Art von Verstärkung werden Sie anwenden, um die einzelnen Schritte zu erreichen und zu festigen?

Achten Sie immer darauf, daß
a) die einzelnen Schritte nicht zu groß sind und
b) daß Sie die Verstärker auch wirksam einsetzen.

Beobachtungslernen:

Für das obige Beispiel kann auch als Hilfsmittel zur Erlernung des Verhaltens das "Vormachen" einer Handlung dienen, welche das Kind beobachten kann. So kann zum Beispiel die Mutter die einzelnen Schritte beim Pullover anziehen vormachen.

Positive Verstärker werden am Anfang eines Übungsprogrammes anders eingesetzt als dann, wenn das Kind das gewünschte Verhalten schon gelernt hat. Wenn Sie z.B. damit beginnen, einem Kind beizubringen, auf Sie "zu hören", werden Sie versuchen, dieses Verhalten immer dann zu verstärken, wenn es sich zeigt. Folgt das Kind Ihnen allmählich schon recht gut, dann wird es genügen, nur jedes dritte Mal zu verstärken. (Diese Anzahl ist nur ein Beispiel.) Späterhin kann es vorkommen, daß das Kind mehrere Male auf Sie hört, ohne daß Sie sein Verhalten verstärken. Sollten Sie jedoch die Verstärkung ganz vergessen, dann wird dieses Verhalten seltener werden. Jedesmal zu verstärken ist nur dann ange-

bracht, wenn es sich um einen frühen Abschnitt beim Erlernen eines Verhaltens handelt, aber späterhin ist es besser, wenn Sie das Verhalten nur manchmal verstärken.

Es gibt natürlich auch unangenehme Erfahrungen für das Kind, z.B. anschimpfen zu lassen, geschlagen zu werden. Die meisten von uns lernen es, unangenehmen Ereignissen aus dem Wege zu gehen. Alles, was ein unangenehmes Ereignis zum Verschwinden bringt, wird sich von da an häufiger wiederholen und kann zur Gewohnheit werden. Einige Verhaltensweisen von Eltern ihren Kindern gegenüber werden gelernt, weil sie helfen, Unannehmlichkeiten zu vermeiden. Wie bei unserem ersten Beispiel gibt die Mutter dem Kind das Eis, weil sie die unangenehme Situation, daß das Kind dauernd quengelt, vermeiden will.

Das Vermeiden von Unannehmlichkeiten und das Erfahren einer positiven Verstärkung sind beides wichtige Bestandteile des Lernprozesses, der Kindem soziale Verhaltensweisen vermittelt. Beide lassen Verhaltensweisen häufiger werden.

Möglichkeiten, Verhaltensweisen häufiger auftreten zu lassen

Funktionen von positiven Verstärkern:

1. Neues Verhalten aufzubauen
2. gelerntes Verhalten zu festigen.

Was kann als positiver Verstärker eingesetzt werden?

1. materielle Belohnung: Spielsachen, Eßwaren etc.
2. soziale Belohnung: Zuwendung, Anerkennung, Zärtlichkeit hat die größte Wirkung.

Wichtig:

1. Um Verhalten stabil zu machen, muß häufig verstärkt werden
2. sofort nach der erfolgten Handlung muß verstärkt werden.

Intermittierende Verstärkung:

Wird ein Verhalten z.B. einmal verstärkt und ein anderes Mal nicht, wird das Verhalten sehr stabil. Soll aber ein Verhalten gelöscht werden, ist diese Verstärkungsart sehr hinderlich, da der Löschungsprozeß sehr lange dauern wird.

Verhaltensformung:

Neues Verhalten wird dadurch erlernt, indem komplexe Verhaltensweisen in kleine Schritte aufgegliedert werden und jeder Schritt immer wieder verstärkt wird.

Beobachtungslernen:

Komplexe soziale Verhaltensweisen können dadurch gelernt werden, daß das Verhalten vorgemacht wird.

Möglichkeiten, Verhaltensweisen zu reduzieren

Bestrafung:

1. kann erstens erfolgen durch direkte Strafe (Ohrfeige etc.)
2. indem keine positive Verstärkung mehr auf die Reaktion erfolgt (Löschung).

Wichtig:

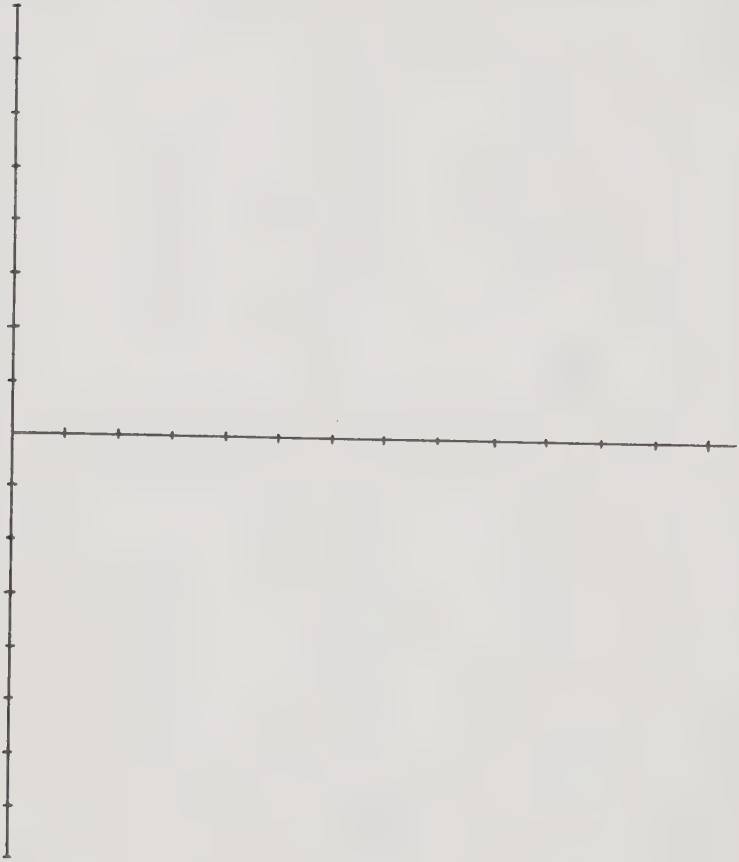
Bestrafung ist nur sinnvoll, wenn sie gleichzeitig mit der Verstärkung von erwünschten Reaktionen gekoppelt ist.

TAG	SITUATION	KIND	MUTTER	KIND

Verstärkerbogen für die Mutter

Verhaltenseinheit

positiv



negativ

Fall 14:

Neue Reaktionen der Mutter auf das Verhalten des Kindes

I: Ängstliches Verhalten des Kindes bei körperlicher Anforderung

R:
- die Verhaltensabfolge in ganz kleine Schritte einteilen
- mit dem kleinsten Schritt beginnen
- nie zu der Ausführung eines Schrittes zwingen
- die kleinen Schritte als Mutter vormachen
- jeden Versuch, einen Schritt nachzumachen, belohnen in den ersten Wochen und Monaten
- jeden Schritt erst solange üben, bis er ganz angstfrei gemacht wird. Wenn das ein paar mal hintereinander eingetreten ist, erst den nächsten Schritt angehen.

sehr wichtig: Ängstliches Verhalten abzubauen braucht sehr viel Zeit. Immer die kleinsten Einheiten anerkennen und viel loben, nie zwingen.

Fall 15:

Frühere Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes	Neue Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes
I: Mutter übt Tätigkeit aus, M. stört	
R: Warteeinheiten sind unbestimmt gewählt -Wunsch wird verweigert, wird auf das Ende der Warteeinheit verlegt	R: - kleinere Einheiten wählen, z.B. warte, ich schreibe den Satz noch, dann bekommst du etwas zu trinken wichtig: Mutter muß dabei immer einen Handlungsablauf beenden. wichtig: wenn M. den kleinen Schritt eingehalten hat, Wunsch erfüllen und loben, daß sie so lange gewartet hat.
II: quengelt, wenn sich Aufmerksamkeitsentzug anbahnt	
R:- lange Aufmerksamkeitskette durch Demonstration, daß Hilfe gebraucht wird	R: - Aufmerksamkeitskette nicht so lange gestalten - loben, wenn sie Schritte allein bewältigt - Angebot machen: wenn du es geschafft hast, kannst du rüber kommen; dann Aufmerksamkeit zuwenden
III: Mutter und M. spielen	
R:- Mutter greift sehr bestimmend in den Spielvorgang ein durch Vorschläge, die auch sofort umgesetzt werden	R: - interaktiv mitspielen - spielen lassen und zwischendurch loben - anstatt Anweisungen Vorschläge machen, die dem Kind aber freigestellt sind, d.h. in Frageform

Fall 16:

Frühere Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes	Neue Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes
I: P. möchte etwas haben	
R:- verbal: "nein" wenn nicht reagiert Klaps auf Hände - "nein ist alle", Teekanne steht dabei gefüllt und sichtbar auf dem Tisch	R: - mehr erklären, warum die Handlung nicht ausgeführt werden darf - wird kognitiv mehr gefördert - Verbot wird für Kind durchsichtig und somit einsehbar - mehr Alternativreaktionen anbieten, z.B. nein Tee nicht mehr, aber wenn du Durst hast, kannst du Saft bekommen. - immer Begründungen geben, die den objektiven Gegebenheiten entsprechen, da sonst Gefahr, daß P. das "Mogeln" auch für sich selbst als legitimes Mittel ansieht. - wenn P. Kompromisse annimmt -- loben.
II: Essen: P. weigert sich zu essen oder will etwas anderes essen	
R:- veranlaßt ihn zu esssen, durch Drohungen und Forderungen	R: - essen lassen, wenn er will und auch nur die Mengen, die er möchte - loben und streicheln, wenn er ißt
III: Spielen	
R: - beachtet spielen des Kindes nicht nicht spielen wird beachtet - Mutter stellt Klotz oder anderes Spielzeug dazu, ohne auf Spielfluß des Kindes zu achten - gibt Anweisungen	R:-interaktiv mitspielen - spielen lassen und zwischendurch immer loben - vormachen, wie er mit Spielzeug umgehen kann, ohne ihm diese Art aufzuzwingen - anstatt von Anweisungen Vorschläge machen, die dem Kind aber freigestellt sind.

Fall 17:

Frühere Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes	Neue Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes
I: J. liegt im Bett und verlangt nach der Mutter	
R:- längere Gespräche, bis es zur Einigung über den Einschlafmodus kommt - Mutter bietet Kompromisse an, die keinerlei negative Konsequenzen beinhalten	R: - Kompromisse früher anbieten, damit die lange Zeit der Aufmerksamkeitszufuhr verringert wird - Kompromisse anbieten, bei denen der Junge auch mal etwas einbüßen muß, nicht daß nur weniger positive Verstärkung gegeben wird - Belohnung einsetzen, wenn er die Nacht durchgeschlafen hat, bzw. wenn er abends ohne lange Verzögerung einschläft.
	Verstärker:
	Token System?

Fall 18:

Frühere Reaktion der Eltern auf das Verhalten des Kindes	Neue Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes
I: bekommt seinen Willen nicht, tobt, brüllt, spuckt	
R:- gibt nach und erfüllt den Wunsch - läßt sich auf lange Gespräche ein, um eigene Wunschvorstellungen zu erfüllen (Marmeladen Beispiel)	R: - konsequent ein Verbot oder eine Spielzeugwegnahme durchhalten kein Vermeidungsverhalten zeigen - Aufmerksamkeit durch lange Gespräche bei Verboten oder eigenen Wünschen vermeiden - Verhält sich K. bei den Verhaltensweisen weiterhin unadäquat, time out anwenden.
II: Eigenbeschäftigung der Mutter quengelt, tausend Wünsche fallen ihm ein	
R: - muß auf Wünsche, wie Toilette gehen und etwas zu trinken haben, eingehen	R:- vorher mit ihm auf Toilette gehen, etwas zu trinken auf den Tisch stellen - wenn durchgehalten, loben - wenn ... dann Beziehungen aufstellen - knappe Zuwendung bei selbst gemalten Bildern sehr gut, beibehalten.

Fall 19:

Frühere Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes	Neue Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes
I: Geschwisterrivalität	
R:- Mutter gibt meistens der jüngsten Tochter Recht z.B. S. macht Schulaufgaben; A. macht Material kaputt	R: - Die Geschwister haben eine gleichberechtigte Stellung und ihre Interessen müssen gewahrt werden. - S. macht Schulaufgaben, bitte störe sie nicht. Wenn A. darauf eingeht, loben oder/und Eßangebot. Wenn A. nicht darauf eingeht, time out.
II: Sachen verstecken, wenn etwas nicht paßt	R: - Versteckungsakt einfach ignorieren, soweit das möglich ist.
R: - Mutter tröstet sie, wenn es entdeckt wird, daß A. etwas versteckt hat und akzeptiert es - Mutter erklärt sehr viel, so daß es für A. eine positive Zuwendung ist - für A. ist schon die Verzögerung und das Nichtweggehen eine positive Verstärkung	- Alternativreaktion anbieten: "Wo hast du die Sachen versteckt?" Wenn A. dann Versteck angibt, positiver Verstärker. Wenn sie das Angebot nicht annimmt, time out oder andere negative Konsequenz. - Handlung möglichst ausführen.
III: A. versucht Aufmerksamkeit durch "ich haue dich" zu erlangen.	
R: - Eltern gehen sofort darauf ein "Wenn" etc. - längeres Gespräch schließt sich an.	R: - nicht beachten - bei Aggression -- time out.

Fall 20:

Frühere Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes	Neue Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes
I: Technische Geräte	
R:- Mutter bietet hantieren an Teilen des verbotenen elektrischen Geräts an.	R: - Mutter Verbot ganz konsequent aufrechterhalten, - belohnen, wenn K. technische Geräte nicht anfaßt, - Spielzeugwaschmaschine kaufen, - wenn Verbot nicht eingehalten wird --- time out.
II: Schuhanziehen, Bonbons auspacken	
R: - greift zu früh bei der Hilfestellung ein - beseitigt die Schwierigkeiten des Kindes, ohne Kind selbst handeln zu lassen	R: - nicht eingreifen - mehr ausprobieren lassen - Modell geben - Hilfe nur etappenweise geben. Immer erst fragen, ob Hilfe erwünscht ist, - belohnen, wenn K. Eigeninitiative zeigt.
III: Geschwister spielen	
R: - Mutter unterstützt bei Geschwisterauseinandersetzungen meistens K., wenn er Spielzeug vom Bruder haben will.	R: - K. anderes Spielzeug anbieten und sagen, z.B. "nein, damit spielt jetzt der Bruder" - wenn er das Angebot nicht annimmt und auf Spielzeug des Bruders beharrt --- time out.

Hiermit versichere ich, daß bei der Abfassung der Arbeit keine unerlaubte fremde Hilfe und nur die in der Abhandlung angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt worden sind.

Münster, den 20. Mai 1976

Eva-Maria Weinmann

Lebenslauf

Am 14. September 1949 wurde ich als viertes Kind des Diplom-Volkswirt Dr. rer. pol. Hans-Edwin Weinwurm-Wenkhoff und seiner Ehefrau Ilse, geb. Reindel, in Frankfurt am Main geboren.
Ab 1956 besuchte ich die Volksschule in Köln und wechselte 1960 auf die Königin-Luise-Schule über. 1965 ging ich ins Internat und besuchte in Hess.-Lichtenau das Freiherr-vom-Stein-Gymnasium, wo ich im Juni 1969 meine Reifeprüfung bestand.

Im Wintersemester 1969/70 begann ich mein Psychologiestudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

Nach dem 5. Fachsemester bestand ich im Wintersemester 1971/72 die Diplom-Vorprüfung und im 8. Fachsemester 1973 die Diplom-Hauptprüfung für Psychologen.

Meine akademischen Lehrer waren vor allem Herr Professor Dr. Michael Stadler, Herr Professor Dr. Hans-Jürgen Krysmanski, Herr Professor Dr. Wilhelm Witte, Frau Professorin Dr. Lilly Kemmler, Herr Professor Dr. Heinz Caspers, Herr Professor Dr. Dr. Widukind Lenz, Herr Professor Dr. Heinrich Hülsmann, Herr Professor Dr. Eberhard Lerche, Herr Professor Dr. Erwin-Josef Speckmann und Herr Professor Dr. Erich Schütz.